Program for storbyrettet forskning – KS FOU ved Kristiansand kommune

Storbyforskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien

osloeconomics

KS FoU

PROGRAM FOR STORBYRETTET FORSKNING

Tittel: Storbyforskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: Program for storbyrettet forskning – KS FOU ved Kristiansand kommune

Publisert: Mars 2026
Rapportnummer: 2026-14

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: iStockphotos

Innhold

Sammendrag 4

1. Storbyforskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien 7

1.1 Om oppdraget 7

1.2 Data og metode 8

2. Hjemmetjenester og fritt brukervalg 10

2.1 Hjemmetjenester 10

2.2 Helsetjenester i hjemmet 10

2.3 Fritt brukervalg i hjemmesykepleien 11

3. Fritt brukervalg i Sverige og Danmark 14

3.1 Forskjeller i ordningen 14

3.2 Sverige 14

3.3 Danmark 16

3.4 Hva skiller organisering i Norge, Sverige og Danmark? 18

4. Brukereffekter 20

4.1 Valg av private leverandører 20

4.2 Bytter mellom leverandør 21

4.3 Kjennetegn ved brukere som velger privat leverandør 22

4.4 Brukertilfredshet 26

4.5 Betydning av valgfrihet 27

5. Effekter på tjenesten 29

5.1 Effekter på kvalitet 29

5.2 Effekter på innovasjon og omstillingsarbeid 31

5.3 Arbeidsvilkår og rekruttering 32

6. Forutsetninger for et bærekraftig leverandørmarked 34

6.1 Prismodell 34

6.2 Kontraktsfestede krav til private leverandører 35

6.3 Antall brukere med privat leverandør 35

6.4 Samarbeid mellom kommunen og de private leverandørene 37

6.5 Kontinuitet i ordningen 37

7. Kostnader og mulige besparelser 38

7.1 Kostnader i hjemmesykepleien 38

7.2 Konsekvenser av fritt brukervalg for leverandørene 40

7.3 Konsekvenser av fritt brukervalg for kommunene utenom leverandørene 43

8. Sentrale momenter ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien 45

8.1 Forarbeid og utredning som grunnlag for beslutning 45

8.2 Krav og kvalitetssikring 46

8.3 Tilstrekkelig informasjon til brukerne 47

9. Diskusjon 48

9.1 Videre forskning og utredning 48

9.2 Utvikling av nasjonale veiledere og forbedret datakvalitet 49

9.3 Målkonflikter og dilemmaer 49

10. Referanser 50

Vedlegg A Oversikt over organisasjonsnumre som inngår i datauttrekket fra KPR 54

Sammendrag

I norske kommuner med fritt brukervalg over tid har som regel 7–12 prosent av brukerne valgt en privat leverandør, og få bytter underveis. Brukere som velger private leverandører, har gjerne høyere vedtakstid og mer omfattende hjelpebehov. Kvaliteten i tjenestene oppleves stort sett som lik hos private og kommunale leverandører. Kvalitetskrav i kontraktene kan bidra til økt rapportering og kvalitet hos både kommunale og private leverandører, og avtaler med private leverandører kan være en fordel ved kapasitetsutfordringer. Effektene av fritt brukervalg på innovasjon og effektivitet er usikre, og avhenger av hvordan kontraktene utformes. Følgelig er det også usikkert hvordan de samfunnsøkonomiske kostnadene påvirkes av fritt brukervalg. For at de private leverandørene skal kunne drive lønnsomt, trenger de en tilstrekkelig andel av brukermassen fra de starter opp sitt tilbud. Andre sentrale momenter for å lykkes med innføring av fritt brukervalg er god dialog og tillit mellom kommunen og private leverandører, grundig forarbeid før utarbeiding av kontrakter og gode systemer for kvalitetssikring.

Bakgrunn

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien innebærer at brukere med vedtak om hjemmesykepleie selv kan velge mellom kommunen eller en eller flere privat leverandør som kommunen har avtale med, uten ekstra kostnad for brukeren. Uavhengig av hvilken leverandør brukeren velger så er det er kommunen som har det overordnede ansvaret for å tildele tjenester, sikre likebehandling og kontrollerer kvalitet og sikkerhet. I dag har Oslo, Bærum og Lillestrøm innført fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Trondheim og Kristiansand har vedtatt å innføre ordningen.

Mandat og metode

Kristiansand kommune har tatt initiativ til et storbyforskningsprosjekt om kartlegging av erfaringer med fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Prosjektet er finansiert av KS ved Program for storbyrettet forskning. Formålet med prosjektet er å gi et kunnskapsgrunnlag for kommuner som skal eller vurderer å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien. I denne rapporten har vi belyst effekter av fritt brukervalg på brukerne og på tjenesten, forutsetninger for et bærekraftig leverandørmarked, kostnader og besparelser som følge av fritt brukervalg, og sentrale momenter for å lykkes med innføring av fritt brukervalg. Vi har kartlagt erfaringer fra både norske, svenske og danske kommuner. Datagrunnlaget består av dokumentstudier, intervjuer og kvantitative data.

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien er organisert ulikt i Norge, Sverige og Danmark, med modeller som gir ulike rammer for konkurranse, pris og kvalitet. Erfaringene viser at ulike måter å organisere fritt brukervalg på kan ha betydning for hvordan ordningen blir i praksis, blant annet når det gjelder antallet private leverandører, omfanget av brukere som velger privat leverandør, kontinuitet i tjenestetilbudet og kommunens administrative oppgaver.

Brukereffekter

I de fleste kommuner som har eller har hatt fritt brukervalg over tid har mellom syv og 12 prosent av brukerne valgt en privat leverandør av hjemmesykepleie. Det er få som bytter leverandør av hjemmesykepleie underveis i forløpet: i Oslo og Bærum anslår vi at tre til fire prosent byttet leverandør i løpet av 2024. Flere av de som bytter, bytter flere ganger i løpet av et år.

De som velger en privat leverandør har høyere vedtakstid, sammenlignet med brukere hos kommunen. Vårt datagrunnlag indikerer at større vedtaksvolum hos de private leverandørene henger sammen med at brukerne som velger private har større og mer omfattende hjelpebehov. Intervjuer tyder på at både forhold ved brukeren, forhold ved de private leverandørene og forhold ved kommunen bidrar til at de private leverandørene har brukere med større hjelpebehov:

- Brukere med de enkleste behovene ser ikke behovet for å velge og blir hos kommunen
- Private leverandører tilpasser seg i større grad spesielle behov hos brukeren
- Saksbehandlere i kommunen anbefaler i noen tilfeller brukere med spesielle eller særlig utfordrende behov å velge privat leverandør

De aller fleste brukerne er fornøyde med hjemmesykepleien, og type leverandør er trolig ikke av så stor betydning for brukertilfredsheten. Det viktigste for at brukerne skal være fornøyde med tjenesten er pleiekontinuitet, innholdet i vedtaket og at den som utfører tjenesten har kompetanse til å utføre oppgaven på en god måte. Det er delte meninger om verdien av valgfriheten for brukerne. For noen brukere kan det oppleves som en trygghet å ha muligheten til å bytte, mens for andre brukere kan det være utfordrende å ta informerte valg om behandling av egen helse.

Effekter på tjenesten og de ansatte

Vi finner at kvaliteten i hjemmetjenesten i det store og det hele oppleves ganske lik, både hos private og kommunale leverandører. Økonomiske insentiver til å beholde brukere i kombinasjon med kvalitetskrav i kontraktene bidrar trolig til økt kvalitet hos de private leverandørene. Det er utfordrende å sammenligne kvalitet på tvers av leverandører, fordi det er vanskelig å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det også utfordrende å sette riktige og rettferdige krav til kvalitet i kontraktene. Muligheten til samarbeid mellom kommunale og private leverandører i perioder med liten kapasitet hos kommunen kan være positivt for tjenesten og for kommunen.

Det er usikre effekter på innovasjon og effektivitet. Hvordan kontraktene utformes påvirker de private leverandørenes insentiv til innovasjon i tjenesten. Dersom leverandøren får betalt per utførte time, kan det svekke insentivene til å drive mer effektivt. Pålagte krav til bruk av kommunenes teknologi kan begrense egen innovasjon hos leverandørene.

Overordnet virker arbeidsvilkårene å være noe bedre i kommunen, spesielt i Oslo hvor kommunen er lønnsledende for helsearbeidere. Samtidig er det indikasjoner på at det kan være noe lavere sykefravær hos private aktører. Arbeidshverdagen er i hovedsak lik begge steder, og flere ansatte jobber begge steder. Mange synes det er positivt å kunne kombinere en stilling. Andre peker på at de private tilbyr deltidsstillinger og korte vakter, som kan være til ulempe for de ansatte.

Bærekraftig leverandørmarked

Leverandørenes økonomiske bærekraft påvirkes blant annet av prismodeller, brukervolum, fordeling av brukere som ikke tar aktivt valg, og graden av forutsigbarhet i ordningen. De private leverandørene oppgir at fordelings-nøkkelen av ikke-velgere er en av de store utfordringene med dagens ordning i de kommunene de opererer i. For at leverandørene skal drive lønnsomt trenger de tilstrekkelig andel av brukerne. Antall brukere som er nødvendig for å kunne drive lønnsomt avhenger av lokale forhold i kommunene som for eksempel vedtakstid og antall besøk, kjøreavstand og bompenger. Fordi private leverandørene har store oppstartskostnader når de etablerer seg et nytt sted, er det viktig at de allerede fra start har en tilstrekkelig stor brukermasse.

Kostnader og besparelser

Direkte kostnader ved tjenesteutførelsen, i hovedsak arbeidskraftkostnader, utgjør over 80 prosent av de totale kostnadene ved hjemmesykepleie. Effekten på de direkte tjenestekostnadene ved innføring av fritt brukervalg vil derfor være avgjørende for om de totale kostnadene i hjemmesykepleien går opp eller ned. Dersom fritt brukervalg bidra til mer kostnadseffektiv tjenesteleveranse, for eksempel som gjennom konkurranse og mer innovasjon, kan relativt små forbedringer gi betydelige besparelser i tjenesten samlet sett. Vi har ikke grunnlag for å anslå effektene av fritt brukervalg på direktekostnader i tjenesten, men fortjenestemotivet til private leverandører kan gi insentiver til effektivisering, gitt at finansieringsmodeller for tjenesten ikke reduserer disse insentivene. Det er heller ingen automatikk i at eventuelle effektivitetsgevinster hos private leverandører tilfaller kommunen, da disse også kan tas ut som økt fortjeneste hos leverandøren eller høyere kvalitet i tjenesten.

Samtidig vil fritt brukervalg medføre økte kostnader for kommunen knyttet til administrasjon av ordningen. Estimater fra Drammen kommune anslår en årlig administrasjonskostnad på om lag 9 millioner kroner knyttet til de private leverandørene, i tillegg til rundt 1,5 millioner kroner i økte kostnader per år til oppfølging og kvalitetssikring og om lag 1 million kroner i engangskostnader ved innføring. Selv om administrative kostnader, både for kommuneadministrasjonen og for de kommunale leverandørene, kan tenkes å reduseres noe på lengre sikt som følge av at private aktører overtar flere brukere, er dette i begrenset omfang. Samtidig tyder erfaringer

fra kommuner på at fritt brukervalg kan gi kommunen bedre oversikt over egen kostnadsstruktur og dermed grunnlag for mer effektiv styring.

For leverandørene innebærer fritt brukervalg både muligheter for kostnadsbesparelser og risiko for merkostnader. Private leverandører med få brukere kan få stordriftsulemper som øker kostnadene per bruker, særlig knyttet til indirekte tjenestekostnader og administrasjon, som i stor grad er faste kostnader. Et tilstrekkelig antall brukere per leverandør er derfor viktig for å sikre økonomisk bærekraft. Leverandørene har i tillegg betydelige oppstarts- og transaksjonskostnader knyttet til anbudsprosesser, rekruttering, opplæring og investeringer i infrastruktur. For økonomisk bærekraft hos leverandørene er det derfor viktig at de har et tilstrekkelig antall brukere fra oppstartstidspunkt.

Sentrale momenter for å lykkes med innføring

Dersom man skal innføre fritt brukervalg, er det flere faktorer som kan bidra til at det blir en velfungerende ordning. Et grundig forarbeid før innføring av ordningen, tydelige krav i avtalene, realistiske økonomiske rammer, god brukerinformasjon og et stabilt leverandørmarked er sentrale suksessfaktorer. Kommunen må ha god oversikt over egne kostnader og gjøre grundig forarbeid før utarbeidelse av kontrakter. Systematisk og tidlig markedsdialog med aktuelle leverandører legger til rette for læring fra tidligere erfaringer og for utforming av et attraktivt og gjennomførbart konkurransegrunnlag.

Konklusjon

Samlet sett er det betydelig usikkerhet knyttet til effektene av fritt brukervalg på innovasjon, kvalitet, brukertilfredshet og kostnader. Utfallet avhenger i stor grad av kontraktenes utforming, omfanget av brukere som velger private leverandører og kommunens evne til å tilpasse egen organisasjon. Det er behov for mer forskning på effektene av fritt brukervalg, særlig med tanke på indikatorer for kvalitet, betydningen av valgfrihet for ulike brukergrupper og hvordan ulike modeller for håndtering av «ikke-valg» slår ut. Bedre registrering av hjemmesykepleie i Kommunalt pasient- og brukerregister kan muliggjøre mer forskning på området.

1. Storbyforskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Programmet for storbyrettet forskning har, på initiativ fra Kristiansand kommune, initiert et forskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Rapporten gir et kunnskapsgrunnlag for kommuner som skal eller vurderer å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien, og belyser effekter på brukere, tjenesten, kommuner og private leverandører.

1.1 Om oppdraget

Program for storbyrettet forskning er et samarbeid mellom KS og syv storbykommuner: Kristiansand, Oslo, Bærum, Trondheim, Bergen, Drammen og Stavanger. Samarbeidet skal initiere forskningsprosjekter som er relevante for storbyene, og som danner beslutningsgrunnlag for storbykommunenes utvikling av tjenesteyting og planlegging. Programmet ledes av et programstyre med representanter for hver av de syv storbykommunene.

Programmet har, på initiativ fra Kristiansand kommune, finansiert et forskningsprosjekt om fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Kristiansand kommune er oppdragsgiver og kontraktspart. Forskningsprosjektet ble gjennomført av Oslo Economics i samarbeid med Helle Cathrine Hansen fra forskningsinstituttet NOVA, OsloMet og Kristin Jeppestøl fra Universitet i Agder i perioden oktober 2025 til mars 2026.

Forskningsprosjektets overordnede mål har vært å utforske sentrale kunnskapselementer når kommuner skal vurdere innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Prosjektet skulle besvare følgende delspørsmål:

1. Hvordan kan innføring av fritt brukervalg hemme eller fremme innovasjons- og omstillingsarbeid i hjemmesykepleien?
2. Hvilke effekter kan innføring av fritt brukervalg få for rekruttering av helsepersonell i hjemmesykepleien?
3. Hvilke elementer bør inngå i beregninger av kostnader og besparelser, og hvordan kan disse beregnes?
4. Hvordan kan fritt brukervalg påvirke kommunenes vedtaksvolum for ulike brukergrupper?
5. Hvordan er brukertilfredsheten etter innføring av fritt brukervalg av hjemmesykepleie?

For å besvare forskningsspørsmålene, har vi belyst effekter av fritt brukervalg på brukerne og på tjenesten. Videre har vi sett på forutsetninger for et bærekraftig leverandørmarked, mulige kostnader og besparelser som følge av fritt brukervalg og sentrale momenter for å lykkes med innføring av ordningen. De fem forskningsspørsmålene er sortert under disse temaene, presentert i Figur .

Representanter fra Kristiansand, Oslo, Trondheim, Drammen og Stavanger i Program for storbyrettet forskning har deltatt i forskningsprosjektet gjennom en nettverksgruppe. Bærum var invitert til å delta, men ønsket ikke å delta i nettverksgruppen eller i prosjektet for øvrig på grunn av manglende kapasitet. I løpet av prosjektperioden har vi gjennomført to arbeidsmøter med representanter fra kommuner i KS storbynettverk som deltar i prosjektet. Møtene ble brukt til å forankre planer for gjennomføring, innhente informasjon og erfaringer fra deltakerne og å drøfte foreløpige funn fra prosjektet underveis.

Figur 1-1: Sentrale tema i prosjektet

1.2 Data og metode

For å svare ut problemstillingene har vi anvendt både kvalitative og kvantitative metoder. Datagrunnlaget består av dokumentstudier, intervjuer og kvantitative data.

1.2.1 Dokumentstudier

Vi har gjennomført et litteratursøk for å kartlegge tidligere forskning og erfaringer med fritt brukervalg i hjemmesykepleie i Norge, Danmark og Sverige. Søket etter forskningslitteratur ble supplert med rapporter, saks- og anbudsdokumenter fra kommunene og annen sentral grålitteratur. Sentrale søkeord inkluderte helhedsplejen, fritt brukervalg, home care, fritt valg i ældreplejen og hemtjänsten i Sverige. I tillegg har vi supplert med relevant litteratur fra kildelister i primærlitteraturen. Litteraturen ble kategorisert etter tema i prosjektet.

1.2.2 Intervjuer

Vi har gjennomført 39 intervjuer med til sammen 57 informanter. Intervjuene har blitt gjennomført som semi-strukturerte enkeltintervjuer hvor vi har snakket rundt en temaliste informantene har fått tilsendt i forkant.

Vi har innhentet perspektiver fra et stort antall representanter for sentrale interessenter av fritt brukervalg i hjemmetjenesten (Tabell 1-1). Sentrale aktørgrupper inkluderer kommuner i Norge, Sverige og Danmark, private leverandører i Norge og Danmark, arbeidslivsorganisasjoner i Norge, Sverige og Danmark, pasient- og brukerorganisasjoner i Norge og Danmark, kreftkoordinatorer og brukere av hjemmesykepleie.

Temalisten ble tilpasset aktørgruppene, men sentrale tema for intervjuene var:

1. Utfordringer i hjemmesykepleien
2. Effekter av fritt brukervalg på
   a. Rekruttering, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår
   b. Digitalisering og innovasjon
   c. Brukertilfredshet og kvalitet
3. Kjennetegn ved brukere som velger privat leverandør
4. Ressursbruk, kostnader og lønnsomhet
5. Samarbeid mellom aktører
6. Suksesskriterier og barrierer for å lykkes med fritt brukervalg
   a. Bærekraftig drift for leverandører

1.2.3 Kvantitative data

Vi har benyttet en rekke kvantitative datakilder i oppdraget, som belyser utvikling og omfang av en rekke sentrale størrelser i datagrunnlaget.

Tabell 1-1 Intervjuer og informanter i prosjektet

Aktørgruppe	Antall intervjuer	Antall informanter
Administrativt ansatte og fagpersonell i kommunen, inkludert saksbehandlere og kreftkoordinatorer	9	15
Private leverandører	4	6
Arbeidslivsorganisasjoner	10	13
Pasient- og bruker-organisasjoner	7	10
Kommuner og organisasjoner i Sverige og Danmark	6	10
Brukere av hjemmesykepleie i norske kommuner	3	3
Sum	**39**	**56**

- Statistikk om antall brukere og vedtak for kommunale og private leverandører i Oslo
- Statistikk om antall årsverk og kostnader i hjemmesykepleien fra Kristiansand kommune
- Registerdata fra Kommunalt pasientregister (KPR)
- Brukerundersøkelse fra Oslo kommune Helseetaten (Oslo kommune Helseetaten, 2023)

Registerdata fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

KPR inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. KPR inneholder kun offentlig finansiert aktivitet. Private leverandører inngår så lenge det er finansiert av det offentlige. Vi har innhentet data på alle innvilgede vedtak rapportert under tjenesteområdet *Helsetjenester i hjemmet* i perioden 2017 til 2024 i KPR. Vi hentet ut data fra Oslo, Bærum, Bergen, Drammen, Kristiansand og Lillestrøm. Lillestrøm ble inkludert fordi de har en pågående prosess med innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

KPR har i utgangspunktet ikke informasjon om vedtaket gjelder praktisk bistand eller hjemmesykepleie, og vi har derfor begrenset utvalget til tjenester utført av organisasjoner registrert under næringskode 86.941 *Sykepleietjenester og andre helsetjenester i hjemmet* i Brønnøysundregisteret. Listen over organisasjonsnumre som inngår i uttrekket ligger i Vedlegg A. Organisasjonsnumrene ble kategorisert i kommunal eller privat leverandør.

KPR opplyser at det er mulig å hente ut data på hjemmesykepleien på denne måten, men at det er betydelig usikkerhet knyttet til kvalitet og kompletthet, ettersom det avhenger av at kommunen registrerer riktig organisasjonsnummer på den som utfører tjenesten.

Da vi mottok dataene, så vi at antall tjenestemottakere i Drammen var langt lavere enn det som framkommer i andre tilgjengelige kilder. Dette skyldes trolig mangelfull registrering av organisasjonsnummer i Drammen i KPR, eller at ett eller flere relevante organisasjonsnummer mangler i uttrekket. Drammen ble derfor utelatt fra analysene.

Følgende variabler ble innhentet: kjønn, alder, kommune, kommunal eller privat leverandør, tjenesteoppstart- og slutt, vedtakstimer per uke og tre kategorier av bistandsbehov (omfattende, middels eller lite)[1] . Antall unike personer i utvalget er 99 261, hvorav 212 personer har benyttet seg av reservasjonsretten i registeret og er ekskludert. Det endelige utvalget består av 99 049 personer.

1.2.4 Representativitet

Vi har gjennomført intervjuer med en rekke informanter og baserer oss på et omfattende kvalitativt materiale. Informantene er ikke trukket tilfeldig, men i hovedsak valgt strategisk ut fra deres kjennskap til ordningen med fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Alle aktørgruppene som inngår i prosjektet kan ha politiske, økonomiske eller andre egeninteresser som påvirker hvordan de vurderer ordningen. Erfaringene de formidler er derfor alltid sett fra deres ståsted og ikke nødvendigvis uttrykk for «helheten». For å nærme oss et mer samlet bilde har vi bevisst inkludert et bredt spekter av aktører. Der det har vært mulig, har vi også forsøkt å teste og nyansere kvalitative funn ved hjelp av kvantitative data.

Det er kun Oslo og Bærum som har langvarig erfaring med fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Bærum kommune valgte å ikke delta i dette prosjektet, og datagrunnlaget bygger derfor i hovedsak på erfaringer fra Oslo kommune. Vi har supplert dette med erfaringer fra Drammen og Bergen, som tidligere har hatt fritt brukervalg, selv om det er noe tid siden ordningen ble avviklet og både politiske, økonomiske og tjenestemessige forhold kan ha endret seg siden den gang. I tillegg har vi intervjuet Lillestrøm, Kristiansand og Trondheim, som har erfaring med forarbeid til innføring av fritt brukervalg. Vi har også intervjuet private leverandører på tvers av kommuner for å få frem erfaringer fra ulike lokale kontekster.

Videre har vi innhentet erfaringer fra Danmark og Sverige, som har betydelig lengre og mer omfattende erfaring med fritt brukervalg enn Norge. Erfaringene fra Danmark og Sverige gir verdifull innsikt fra land som har lengre og mer omfattende erfaring med fritt brukervalg enn Norge. Samtidig gir forskjeller i lovverk, finansieringsmodeller og organisering av tjenestene begrensninger for hvor langt vi kan gå i å sammenligne. De nordiske erfaringene bør derfor primært forstås som illustrasjoner på mulige utfordringer, konsekvenser og løsninger, ikke som fasit for norske forhold.

Utvalget av brukere av hjemmesykepleie er begrenset, og funnene kan ikke generaliseres til alle brukere. For å styrke brukerperspektivet har vi derfor også inkludert intervjuer med pasient- og brukerorganisasjoner samt representanter fra eldreråd i kommunene. Vi har også inkludert brukerundersøkelser og identifiserte studier på brukertilfredshet fra Norge, Sverige og Danmark.

Data fra KPR gir en unik mulighet til å undersøke kvantitative data på hjemmesykepleie. Vi kjenner ikke til noen andre studier som har undersøkt bruk av kommunale og private leverandører av hjemmesykepleie ved hjelp av KPR. Antatt mangelfull registrering av utfører av tjenesten gjør likevel at det er usikkerhet i resultatene.

Samlet vurderer vi at datainnsamlingen gir et bredt bilde av mulige effekter av fritt brukervalg i hjemmesykepleien, men funnene må tolkes med bevissthet om begrensningene i representativitet, mulige skjevheter i informantutvalg og usikkerheten i registerdata fra KPR. Resultatene egner seg til å identifisere sentrale problemstillinger, mekanismer, risikoer og suksessfaktorer som bør vurderes ved innføring eller videreutvikling av fritt brukervalg, snarere enn til å gi presise, generaliserbare anslag på effekter for norske kommuner. I videre utredning blir det særlig viktig å få inn brukerperspektivet i de kommunene som har eller får ordningen med fritt brukervalg for å styrke datagrunnlaget ytterligere.

[1] Beregningen av bistandsbehov er beskrevet her: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/beregning-av-delmal-og-samlemal.

2. Hjemmetjenester og fritt brukervalg

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien innebærer at brukere med vedtak om hjemmesykepleie selv kan velge mellom kommunen og en eller flere private leverandører som kommunen har avtale med, uten ekstra kostnad. Oslo, Bærum og Lillestrøm har fritt brukervalg i hjemmesykepleien i Norge i dag, og Kristiansand og Trondheim har vedtatt å innføre det.

2.1 Hjemmetjenester

Hjemmetjenester er ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) et sentralt virkemiddel i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge for å sikre at innbyggerne kan bo hjemme så lenge som mulig, til tross for sykdom, funksjonsnedsettelse eller andre bistandsbehov. Hjemmetjenester i Norge består av fem ulike tjenester (Statistisk sentralbyrå, 2023):

- Praktisk bistand: hjelp til daglige gjøremål
- Praktisk bistand: opplæring - daglige gjøremål
- Helsetjenester i hjemmet
- Avlastning – utenfor institusjon
- Omsorgsstønad

Praktisk bistand (hjemmehjelp) og helsetjenester i hjemmet er de mest omfattende når det gjelder antall brukere og tildelte timer gjennom enkeltvedtak (Statistisk sentralbyrå, 2023).

2.2 Helsetjenester i hjemmet

Helsetjenester i hjemmet omfatter hjemmesykepleie, rehabilitering og habilitering og tekniske hjelpemidler (Faktaboks 1). Hjemmesykepleie er den mest brukte av hjemmetjenestene, og også den som øker raskest i antall brukere nasjonalt (NOU 2020:15, 2020).

Etter samhandlingsreformen i 2012 har det vært en tydelig vekst i antall mottakere av helsetjenester i hjemmet og i 2025 var det omtrent 106 000 mottakere av helsetjenester i hjemmet i Norge, tilsvarende omtrent 19 brukere per 1000 innbygger (Statistisk sentralbyrå, 2025).

Veksten fra 2012 har vært størst blant personer under 67 år (Helsedirektoratet, 2016). De yngste brukerne er i gjennomsnitt også dem som mottar flest timer med hjelp og har størst bistandsbehov (Helsedirektoratet, 2016) (Rekdal, 2025). Det økte ansvaret i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kombinert med tidligere utskriving fra sykehus etter samhandlingsreformen, har bidratt til økte krav og økt kompleksitet i hjemmetjenesten. Mottakere av hjemmetjenester har i stor grad flere samtidig forekommende og ofte alvorlige lidelser (Helsedirektoratet, 2016).

Personer som har behov for helsetjenester i hjemmet er forventet å øke ytterligere i årene som kommer i takt med demografisk utvikling og

Faktaboks 1: Hjemmetjenester

Hjemme-tjenester	• Praktisk bistand:
	  ○ Hjelp til daglige gjøremål
	  ○ Opplæring i daglige gjøremål
	• Helsetjenester i hjemmet
	  ○ Hjemmesykepleie
	  ○ Psykisk helsehjelp
	  ○ Fysioterapi og ergoterapi
	  ○ Habilitering og rehabilitering
	• Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*
	• Avlastning utenfor institusjon

Hjemme-sykepleie	• Tilbyr nødvendig helsehjelp i hjemmet og planlagte punktbesøk (kan gis flere ganger daglig). • Hjelp til egenomsorg, personlig assistanse, rehabilitering/habilitering, medisinering, sårbehandling • Tilgjengelig hele døgnet, året rundt, for alle aldersgrupper • Samarbeider med fastleger, legevakt og andre tjenester • Kan inkludere bistand i terminalfase eller akutte behov.
Rettslige rammer	• Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1: Gir rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. • Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1: Pålegger kommunen ansvar for å tilby nødvendige tjenester («sørge-for»-ansvaret). • Likebehandlingsprinsippet: Brukere med like behov skal få likeverdige tjenester, uavhengig av leverandør.

***Brukerstyrt personlig assistent er en alternativ måte å organisere tjenester som personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, samt avlastning for foreldre med hjemmeboende barn på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)**

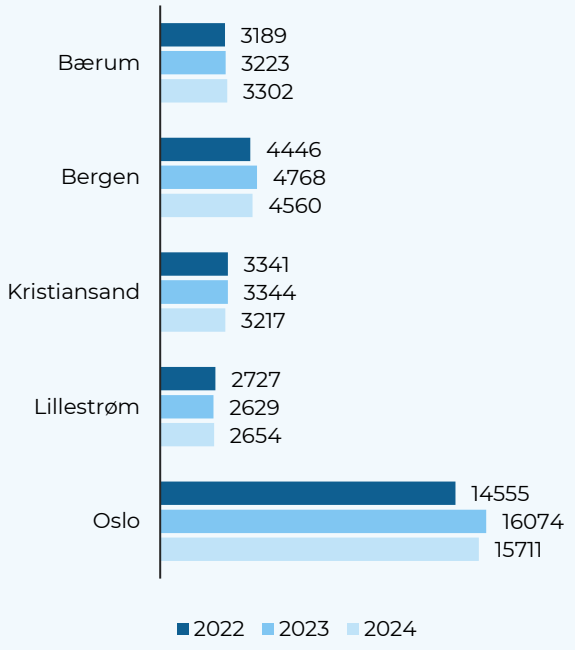
politiske mål om at flere skal bo hjemme lengre (NOU 2020:15, 2020). Når vi blir flere eldre som får flere sykdommer, vil det være trengsel på sykehjemsplassene, noe som fører til at flere må bo hjemme. Dette kan øke kompleksiteten i hjemmetjenesten ytterligere.

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er helsehjelp i hjemmet til alle aldersgrupper, ofte på kort varsel, hele døgnet og gjennom flere daglige besøk ved behov. Tjenesten kan eksempelvis omfatte hjelp og støtte til å ivareta grunnleggende behov som personlig hygiene, ernæring og bevegelse, samt medisinering, sårbehandling, og samhandling med fastlege, legevakt, sykehus og andre kommunale tjenester (f.eks. praktisk bistand, trygghetsalarm, dagsenter, fysioterapi/ergoterapi).

Hjemmesykepleien håndterer også uforutsette behov og utrykninger som ikke alltid ligger i vedtaket, som uttrykking ved trygghetsalarm og hendelser som fall og akutt forverring av helsetilstand, Hjemmesykepleie skiller seg fra andre hjemmetjenestene ved at det stilles særlige lovkrav til kompetanse, håndtering av akutte situasjoner og dermed også hensyn til beredskap. Disse utfordringene gjør at organisering, kontrakter og styring ved brukervalg må tilpasses en relativt uforutsigbar døgnkontinuerlig, akutt- og samhandlingsintensiv tjeneste.

Figur 2-1: Antall mottakere av hjemmesykepleie i utvalgte kommuner



Kilde: KPR.

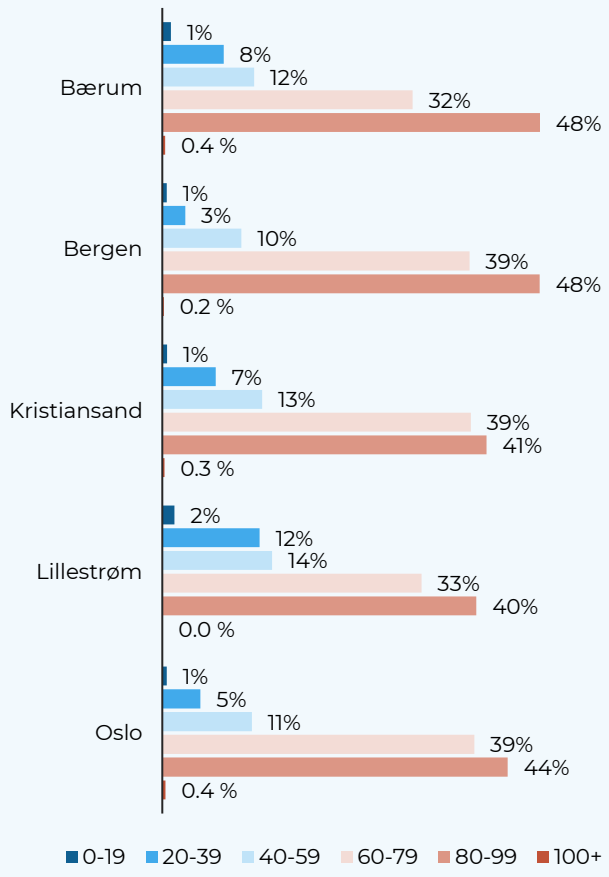
Over 40 prosent av brukerne av hjemmesykepleie er over 80 år. Antall mottakere av hjemmesykepleie i utvalgte norske kommuner er presentert i Figur 2-1 (total) og Figur 2-2 (etter alder).

2.3 Fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Fritt brukervalg innebærer konkurranse mellom aktørene hvor det er den enkelte bruker som velger leverandør, og ikke kommunen (Kristiansand kommune, 2025). I de fleste tilfeller vil kommunen være en av de tjenesteyterne brukerne kan velge.

Uavhengig av hvilken leverandør brukeren velger er det kommunen som har det overordnede ansvaret for å tildele tjenester, sikre likebehandling, og kontrollere kvalitet og sikkerhet, som fastsatt av helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er særlig lovens kapittel 3, og

Figur 2-2 Aldersfordeling blant brukere av hjemmesykepleie i utvalgte kommuner, 2024



Kilde: KPR.

dens hovedbestemmelse i §3-1 som stadfester denne ansvarsplasseringen.

Kommunens «sørge- for» ansvar betyr at kommunen må kunne sikre brukere tjenester dersom de private leverandørene av ulike grunner ikke kan tilby tjenesten lenger. Brukervalg skiller seg fra privatisering. Ved privatisering overlater kommunen alt ansvar til private, slik at kommunen ikke har ansvar for tjenesten lengre (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015)

Kommunene velger selv om de ønsker å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Kommunen må ta stilling til hvordan de skal kontrollere at lovverk og kvalitetskrav overholdes, og hvordan dette best kan gjøres i samarbeid med tjenesteyterne. Kommunen må sette av tilstrekkelig faglig og administrativ kapasitet til å etablere og følge opp gode systemer for faglig tilsyn og kontroll, klage- og avvikshåndtering.

Godkjenningsmodell for fritt brukervalg

Ved bruk av private og ideelle leverandører bruker kommunene i dag anbud som anskaffelsesverktøy, og kommunene står fritt til å også ha fritt brukervalg. Det er også mulig å organisere fritt brukervalg gjennom en godkjenningsmodell.

Godkjenningsmodellen går ut på at brukeren får velge mellom leverandører som er godkjent av og har kontrakt med kommunen (Prop 116 L (2020-2021)). Kommunen annonserer en utlysning med oversikt over søknadsprosess, krav, kontraktsvilkår og fastsatt kompensasjon for leverandørene, og de leverandører som oppfyller kravene har rett til å levere tjenester på vegne av kommunen. I Norge er det krav om at kommunene må ha et tilbud i egenregi dersom de benytter godkjenningsmodellen. Dette innebærer at kommunen må ha en tjeneste der de selv står for driften og som er standardvalget for denne personer som ikke ønsker å ta stilling til hvem som tilbyr hjelpen man har behov for.

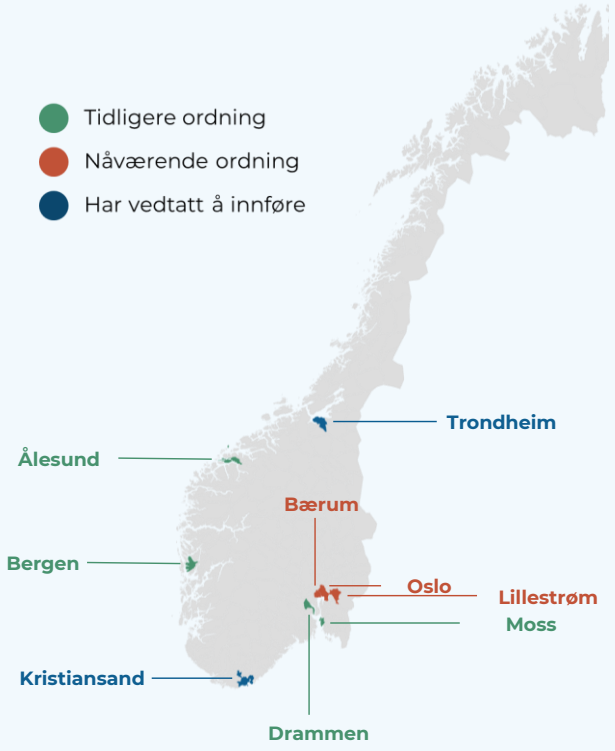
2.3.1 Utbredelse av fritt brukervalg i Norge

I dag er det kun Oslo, Bærum og Lillestrøm som har fritt brukervalg i hjemmesykepleien i Norge (Figur 2-3). Oslo innførte fritt brukervalg i 2009 og er den kommunen som har lengst erfaring med ordningen. Siden 2023 har Oslo hatt avtaler med tre private leverandører som har døgnkontinuerlig dekning i hele byen. Bærum har hatt fritt brukervalg i hjemmesykepleien siden 2015, men kun på dag- og kveldstid. Etter ny kontraktsinngåelse i 2025 har kommunen avtale med én privat leverandør. Lillestrøm innførte nylig fritt brukervalg i hjemmesykepleie og i praktisk bistand. Ordningen starter i mars 2026 med en leverandør.

Drammen hadde fritt brukervalg i hjemmesykepleien i perioden 2016–2018, mens Bergen hadde fritt brukervalg i hjemmesykepleien perioden 2010–2016. En ny utredning er planlagt i Bergen, men foreløpig ikke prioritert. I Drammen var fritt brukervalg i hjemmesykepleien igjen opp til vurdering i 2025, og kommunestyret vedtok da å ikke innføre ordningen.

I Moss ble fritt brukervalg i hjemmesykepleien innført i 2013, og avskaffet igjen i med nytt kommunestyret i 2017 (Nilsen, 2016). Ålesund innførte fritt brukervalg i hjemmesykepleien i 2014, men avskaffet ordningen etter omtrent ett år, etter at den private leverandøren valgte å si opp avtalen med kommunen (Solvang, 2013) (Heggstad, 2015). I dette prosjektet har vi i hovedsak hatt kontakt med kommunene som inngår i Program for storbyrettet forskning og Lillestrøm som har nylige erfaringer med fritt brukervalg. Vi har ikke snakket med representanter fra Moss og Ålesund og vi har heller ikke identifisert dokumentasjon av erfaringer i disse

Figur 2-3: Kommuner med fritt brukervalg i hjemmesykepleien



Kilde: Oslo Economics.

kommunene. Moss og Ålesund er derfor ikke omtalt nærmere i denne rapporten.

Trondheim og Kristiansand har vedtatt å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien, men det er foreløpig ikke iverksatt. Trondheim gjennomførte en anbudsrunde i 2025, men ingen private leverandører leverte tilbud. Trondheim kommune planlegger å gjennomføre nytt anbud i 2026, mens Kristiansand planlegger å innføre ordningen i 2027.

Fritt brukervalg er mer utbredt i praktisk bistand enn i hjemmesykepleie (Fürst & Høverstad, 2013). Vi har ikke identifisert en oppdatert oversikt over hvor mange kommuner som har fritt brukervalg av praktisk bistand, men i 2016 var det 21 norske kommuner som hadde denne ordningen (Forbrukerrådet, 2016). Både Oslo, Bærum, Drammen og Kristiansand har alle innført fritt brukervalg i praktisk bistand, mens Trondheim har vedtatt å innføre det. Fra mars 2025 har Bærum bare private leverandører av praktisk bistand, kommunen er ikke lenger en av leverandørene.

2.3.2 Politisk uenighet om fritt brukervalg

Det er politisk uenighet om fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Tilhengere mener at brukervalg kan gi brukere et større utvalg av tilbud og økt innflytelse over eget liv, samt økt kvalitet og effektivitet som følge av konkurranse (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Motstandere mener at det kan gi høye kostnader, økt administrasjon i kommunen, risiko for svekket samhandling, redusert pasientsikkerhet og ineffektiv ressursbruk.

Det mangler dokumentert og systematisert kunnskap om effekter av fritt brukervalg, og argumentene i debatten bærer preg av å være politisk begrunnet heller enn kunnskapsbaserte. I det følgende har vi forsøkt å innhente og sammenstille kvalitativ og kvantitativ informasjon om fritt brukervalg fra flere aktører i Norge, Sverige og Danmark for å kunne dokumentere effekter der det er mulig.

3. Fritt brukervalg i Sverige og Danmark

Hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester er ulikt organisert i Norge, Sverige og Danmark, og det er forskjeller i hvilket ansvar kommunene har. Det er også forskjeller i organiseringen av fritt brukervalg, med modeller som gir ulike rammer for konkurranse, pris og kvalitet. Erfaringene viser at ulike måter å organisere fritt brukervalg på kan ha betydning for hvordan ordningen blir i praksis, blant annet når det gjelder antallet private leverandører, omfanget av brukere som velger privat leverandør, kontinuitet i tjenestetilbudet og kommunens administrative oppgaver.

3.1 Forskjeller i ordningen

Danmark og Sverige har sterkere tradisjon for fritt brukervalg enn Norge. I Danmark er fritt brukervalg i hjemmetjenesten pålagt, mens i Sverige er det opp til kommunen om de ønsker å innføre det (NOU 2024:17, 2024; Foged & Houlberg, 2024).

Fordi Sverige og Danmark har lengre og mer omfattende erfaring med fritt brukervalg i hjemmetjenesten, er det relevant å se nærmere til erfaringene som er gjort i disse landene. Det er likevel viktig at beskrivelser av erfaringer fra de ulike landene sammenlignes med forsiktighet, ettersom lovverk, tjenesteinnhold og innretning av brukervalg varierer mellom landene. For eksempel omfatter «helhedsplejen» i Danmark i hovedsak praktisk hjelp, personlig pleie og rehabilitering, mens hjemmesykepleien i Norge og Sverige innebærer mer spesialiserte og kliniske oppgaver, tettere samhandling med helsetjenesten og høyere kompetansekrav (borger.dk). I Danmark finnes det også tilbud om kommunal sykepleie i hjemmet ved akutt eller kronisk sykdom (borger.dk). I Sverige skiller man også mellom hjemmetjenester og hjemmesykepleie. Denne typen forskjeller i organisering og innhold i tjenestene kan påvirke hvilke effekter fritt brukervalg kan forventes å ha.

I 2019 hadde kommunene i Danmark i gjennomsnitt 1,3 private leverandører av personlig pleie. Til sammenligning var det gjennomsnittlige antallet private leverandører av praktisk hjelp 2,6 leverandører. Antallet private leverandører har falt siden 2013 (Foged & Houlberg, 2024).

I Sverige sto private leverandører per oktober 2021 for 25,3 prosent av antallet utførte timer hjemmetjenester[2] (Ekonomifakta, 2026). Det er stor variasjon mellom kommunene, fra Stockholm hvor private sto for 62,5 prosent av timene, mens den tilsvarende andelen var 3,8 prosent i Kalmar.

3.2 Sverige

I Sverige er ansvaret for helse- og omsorgstjenestene er fordelt mellom ansvarlig myndighet «huvudmän» og tjenesteytere («vårdgivare») (Socialstyrelsen, 2023). Den ansvarlige myndigheten er regionen eller kommunen som etter helse- og omsorgsloven har ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester. Regionene og kommunene kan inngå avtale med andre om å utføre de oppgavene de har ansvar for (Socialytelsen, 2025). Når en region eller kommune inngår en slik avtale, er regionen eller kommunen fortsatt ansvarlig myndighet, men ikke tjenesteyter. Når regionen eller kommunen driver helse- og omsorgsvirksomhet i egen regi, er regionen eller kommunen både ansvarlig myndighet og tjenesteyter for tjenesten.

Sverige har de siste tiårene åpnet for en høyere andel kommersielle leverandører av velferdstjenester enn i de andre nordiske landene (NOU 2024:17). Dette har gitt større mangfold, men også kontroverser knyttet til profittuttak, kvalitetskontroll og likhet i tjenestene (Broms, Dahlström , & Nistotskaya, 2023; Broms, Dahlström, & Nistotskaya, 2020).

I Sverige finnes det tre ulike organiseringsformer for tilbud om hjemmesykepleie: Lagen om offentlig upphandling (LOU) (Lov om offentlige anskaffelser), Lagen om valfrihetssystem (LOV) og kun kommunal organisering av hjemmesykepleien. Det er opp til hver kommune å velge organiseringsform.

Innenfor hver av de tre organiseringsformene finnes det også variasjoner i avtaler og organisering som kan påvirke kommunenes erfaring med fritt brukervalg. For eksempel har kommunene med LOV og LOU ulike systemer for hvordan brukere som ikke tar et aktivt valg blir tildelt leverandør. I noen kommuner tildeles brukere i dette tilfellet den kommunale leverandøren, andre steder kan

[2] Hjemmetjenester inkluderer praktisk bistand, personlig pleie, avlastning for pårørende og ledsagning.

tildeling skje etter rullerende liste eller geografisk nærhetsprinsipp (Heldahl & Andersson, 2020).

Ansvaret for brukeren ligger hos kommunen uansett system, og kommunen har ansvar for oppfølging av de private leverandørene.

3.2.1 Lagen om offentlig upphandling (LOU) (Lov om offentlige anskaffelser)

Kommuner som har organisert seg etter LOU har et system med en anbudsprosess der én eller flere leverandører kan inngå avtale med kommunen om hjemmesykepleie. LOU er den organiseringen som ligner mest på hvordan det gjøres i norske kommuner som har eller har hatt fritt brukervalg.

Anskaffelser gjennom LOU skjer ved at kommunen kunngjør en konkurranse, vurderer tilbudene som kommer inn og inngår kontrakt med én eller flere leverandører for en bestemt periode. I denne perioden kan ikke nye leverandører etablere seg og få kontrakt med kommunen. Sammenlignet med kommuner som organiserer tilbudet etter *Lagen om valfrihetssystem (LOV),* kan organisering etter LOU gjøre tilbudet mindre variert, antall leverandører lavere, og det kan oppstå køer der etterspørselen er stor (Heldahl & Andersson, 2020).

Det har vært utfordringer for private leverandører knyttet til konkurransen med kommunen i LOU. Dette skyldes blant annet at det var utfordrende å definere kvalitet, og at mange anskaffelser har lagt for stor vekt på lav pris, som har gått på bekostning av kvalitet (Heldahl & Andersson, 2020). I tillegg har små og ideelle virksomheter hatt problemer med å konkurrere om kontraktene.

3.2.2 Lagen om valfrihetssystem (LOV) (Lov om valgfrihetssystemer)

I kommuner som har organisert hjemmesykepleien under LOV kan alle private leverandører som godkjennes av kommunen etablere seg. De private leverandørene må oppfylle en rekke gitte krav fra kommunen for å bli godkjent for etablering. Godkjenning og etablering av private leverandører kan foregå kontinuerlig (Heldahl & Andersson, 2020). Brukeren velger mellom de godkjente leverandørene. Kommunen er pålagt å gi sammenlignbar og lett forståelig informasjon om alle godkjente leverandører (Finansdepartementet, 2008).

LOV trådte i kraft 1. januar 2009 og gjelder for kommuner og regioner som velger å innføre valgfrihetssystemet innen helse- og omsorgstjenester. For kommunene er det frivillig å innføre et slikt system, mens det for regionene er obligatorisk innen primærhelsetjenesten (Upphandlingsmyndigheten, 2024)[3].

I 2019 hadde 158 av 260 kommuner organisert hjemmetjenesten under LOV. Disse kommunene står for omtrent 75 prosent av Sveriges befolkning (Vårdföretagarna, 2019). Eksempler på kommuner som har organisert hjemmesykepleien under LOV er Stockholm, Nacka og Sollentuna (Upphandlingsmyndigheten, 2024).

3.2.3 Erfaringer og betydning av de ulike ordningene

Positive erfaringer knyttet til LOV i Sverige, peker på at LOV legger til rette for større kontinuitet både for brukerne og for private leverandører. Videre pekes det på at brukerne kan være trygge på at den

Faktaboks 2: Sentrale trekk i avtalene om hjemmesykepleie mellom Sveriges regioner og kommuner

Ansvars- og finansieringsmodell for hjemmesykepleien i Sverige: Alle regioner baserer sine avtaler på det nasjonale rammeverket for ansvar for helse- og omsorgstjenester, slik dette anbefales av Sveriges Kommuner og Regioner (SKR) med utgangspunkt i helse- og omsorgsloven. Rammeverket suppleres med lokale tillegg i vedlegg og retningslinjer. Finansieringsmodellene varierer mellom regionene. I de fleste regionene har kommunene både kostnadsansvar og ansvar for utførelsen av hjemmesykepleie i ordinær bolig, herunder tjenester innen sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

Medisinske tiltak og legetjenester. Felles for regionene er at kommunene har ansvar for den grunnleggende hjemmesykepleien, opp til og med sykepleiernivå, mens regionene har ansvar for legetjenester. Alle regioner har inngått rammeavtaler eller utarbeidet vedlegg som regulerer legetjenester i den kommunale hjemmesykepleien. Et unntak er Region Stockholm, hvor sykepleietjenestene fortsatt ligger i regionens regi.

Kvalitetssikring og oppfølging. Avtalene inneholder ofte krav om felles indikatorer, årlig revisjon og lokale samarbeidsgrupper for å følge opp etterlevelse av avtalene og pasientenes erfaringer.

Kilde: Regional utvecklingsgrupp god och nära vård (RUG), 2025.

[3] Fra 1. juli 2010 ble LOV også et frivillig alternativ for Arbeidsformedlingen innenfor myndighetens arbeidsmarkedspolitiske virksomhet (LOVA). Fram til 1. I januar 2024 gjaldt loven også for tjenester knyttet til elektronisk identifisering (e-LOV). Denne ble 1. januar 2024 erstattet av lov (2023:704) om autorisasjonssystem for tjenester innen elektronisk identifisering og digital post (Upphandlingsmyndigheten, 2024).

leverandøren de har valgt ikke forsvinner ved en ny anskaffelse, og leverandørene vet at deres fremtid er avhengig av evnen til å få og beholde brukere. Den lengre tidshorisonten under LOV gjør det også lettere å satse på innovasjon og utvikling av nye arbeidsmetoder (Heldahl & Andersson, 2020).

De som er negative til LOV, mener at fleksibiliteten også kan skape usikkerhet, ettersom valgfrihets-systemet er avhengig av de politiske prioriteringene i den enkelte kommune eller region. Et politisk skifte kan dermed føre til at ordningen avvikles, og denne usikkerheten kan gjøre at virksomheter velger å ikke etablere seg i kommunen eller regionen (TeneliusHolm, 2019). Videre har de blant annet i Uppsala påpekt at LOV innebærer at leverandørene kan ha brukere i hele kommunen, og at dette kan gjøre det vanskelig å sikre at brukerne får besøk av de samme ansatte (personell-kontinuitet). Kommunen har påpekt at det kan være mer hensiktsmessig med en geografisk områdeinndeling for å legge til rette for kontinuitet (Uppsala kommun, 2025).

En utredning fra Gävle kommune, hvor tjenesten er organisert under LOV, beskriver at kommunen har utfordringer knyttet til styring, bærekraft og kvalitet (Gävle kommun, 2024). Kommunen ønsker å videreføre valgfrihet for brukerne, men ser behov for å begrense antallet utførere og skape en mer bærekraftig tjeneste. Utredningen peker på at dagens system gir mangfold og valgmuligheter, men samtidig gir kvalitetsvariasjoner og krevende oppfølging for kommunen. I utredningen anbefaler de at kommunen gjør justeringer i ordningen for å legge til rette for økt samhandling med leverandørene, tettere integrering av hjemmesykepleien og å stille høyere krav til kompetanse.

3.3 Danmark

I Danmark er det et tydelig skille mellom hjemme-sykepleie (hjemmesygepleje) og hjemmehjelp (hjemmehjælp). Hjemmesykepleie er regulert i sundhedsloven, mens hjemmehjelp er regulert i serviceloven og Ældreloven (Faktaboks 4).

Det er som hovedregel ikke fritt brukervalg for hjemmesykepleie i Danmark. Det er kommunen som er ansvarlig for å levere hjemmesykepleie, og i de fleste kommuner leveres tjenesten av kommunen selv (pleje.dk). Enkelte kommuner har valgt å tildele en privat leverandør ansvaret for å levere hjemmesykepleie på vegne av kommunen,

Innen hjemmehjelp, som omfatter personlig pleie, matservice og annen praktisk hjelp, ble det i 2002 vedtatt en lov om fritt brukervalg. Loven trådte i kraft i 2003. Loven hadde som mål å øke kvaliteten på hjemmehjelpen ved å gi brukerne mulighet til å velge mellom offentlige og private leverandører. Danske kommuner hadde lovpålagt ansvar for å legge til rette for at brukere med vedtak om hjemmehjelp kunne velge fritt mellom kommunale og private leverandører (Deloitte, 2015). En lovendring som trådte i kraft 1. april 2013 endret reglene for hjemmehjelp med mål om å redusere kommunenes administrative byrde og øke effektiviteten gjennom konkurranse.

1. juli 2025 trådte eldreloven (ældreloven) i kraft i Danmark. Etter eldreloven kan hjemmehjelp tildeles til personer som har nådd «folkepensions-alder» eller til personer som ikke har nådd «folkepensionsalderen», men som etter en vurdering av livssituasjon vurderes å ha behov for pleie og omsorg (Ældre Sagen, 2026). Et viktig begrep i den nye eldreloven er helhetspleie, som innebærer at hjelp og pleie skal tilbys som en samlet tjeneste (Sundhedsstyrelsen, 2025). Helhetspleien skal gi eldre et mer sammen-hengende og tverrfaglig tilbud med større vekt på

Faktaboks 3: Hovedtyper av hjelp i hjemmet i Sverige

Type hjelp	Om tjenesten	Hovedlovgivning
Hjemmetjenester (hemtjänst)	Hjemmetjenester er bistand i form av service og personlig omsorg i den enkeltes bolig eller tilsvarende. Hjemmetjenestene omfatter for eksempel hjelp med personlig omsorg og daglige gjøremål som rengjøring, innkjøp, matlaging eller levering av ferdiglaget mat. Avhengig av den eldres behov kan hjelpen også omfatte personlig omsorg, som hjelp med hygiene, støtte ved forflytning og annen omsorg.	Socialtjänstlag
Hjemmesykepleie (hemsjukvård)	Hjemmesykepleien kan omfatte medisinske tiltak, rehabilitering og pleie. Hjemmesykepleie kan omfatte alt fra enkle, avgrensede helsetiltak med flere dagers mellomrom til helsetjenester med mange besøk og tiltak per døgn for alvorlig syke pasienter.	Hälso- och sjukvårdslag

Kilde: Kunskapsguiden, 2020, Socialstyrelsen, 2025. Merk: Pleie- og omsorgstjenester reguleres av flere ulike lovverk, og denne tabellen gir ikke en komplett oversikt over relevante lovverk.

rehabilitering, forebygging og kontinuitet i pleien. Fra 2027 skal allmenn sykepleie inngå som del av helhetspleien.

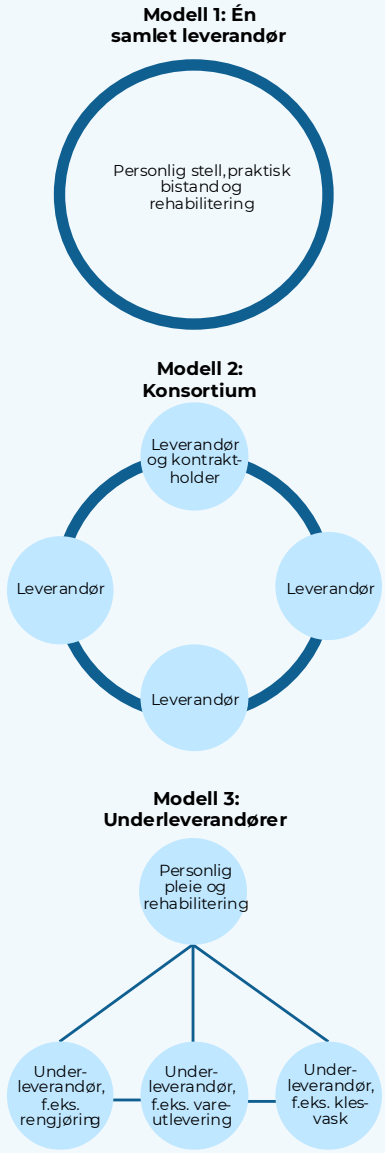
Helhetspleie innebærer at leverandørene av hjemmehjelp til eldre må tilby alle typer tjenester. Helhetspleie kan tilbys av kommunale leverandører, private leverandører eller ulike samarbeids-konstruksjoner (Figur 3-1) (KL, 2025). Helhetspleie innebærer at leverandøren skal tilby alle tjenester som omfattes av helhetspleien, inkludert personlig pleie, praktisk hjelp og rehabilitering.

Leverandørene kan organisere seg etter tre ulike modeller for å kunne tilby helhetspleie (Figur 3-1). Den første modellen innebærer at én leverandør tilbyr alle tjenestene som inngår i helhetspleie. Den andre modellen, konsortium, innebærer at flere leverandører går sammen slik at de samlet leverer tjenestene som inngår i helhetspleie. En av aktørene i konsortiet er kontraktspart, men alle leverandørene samarbeider om å levere tjenestene. Den siste modellen, underleverandørmodellen, innebærer at én leverandør er hovedleverandør, men at denne leverandører har ulike under-leverandører til ulike tjenester. Det kan for eksempel være slik at hovedleverandøren tilbyr personlig pleie og rehabilitering, mens underleverandørene står for tjenester som rengjøring, varelevering og klesvask.

I Danmark er kommunene forpliktet til å sikre at innbyggere som er tildelt hjemmehjelp, har mulighet til å velge mellom minst to forskjellige leverandører, hvorav minst én skal være ikke-kommunal (Foged & Houlberg, 2024). Dette gjelder også helhetspleie i den nye eldreloven (retsinformation.dk). For å sikre fritt brukervalg, kan kommunene organisere tilbudet på tre ulike måter:

- Godkjenningsordning, der private leverandører godkjennes på grunnlag av kommunens egne pris- og kvalitetskrav.

Figur 3-1: Samarbeidsmodeller for private leverandører i Danmark



Kilde: Kommunenes Landsforening, 2025.

Faktaboks 4: Hovedtyper av hjelp i hjemmet i Danmark

Type hjelp	Om tjenesten	Lovgivning
Kommunal sykepleie (kommunal sygepleje)	Kommunal sykepleie ytes til personer i alle aldre ved akutt eller kronisk sykdom, når det er behov for sykepleiefaglig innsats.	Sundhedsloven
Helhetspleie (helhedspleje)	Personlig pleie, praktisk bistand og rehabilitering. Personlig pleie kan for eksempel omfatte hjelp eller støtte til dusj, av- og påkledning samt personlig hygiene. Hjelp og støtte til nødvendige praktiske oppgaver i hjemmet kan for eksempel omfatte hjelp eller støtte til rengjøring, skift av sengetøy, bretting av klær, tilberedning av mat eller å få varer satt på plass. Rehabilitering er et tilbud til personer som har behov for å gjenvinne tapt eller redusert funksjonsevne, for eksempel på grunn av influensa eller etter et fall.	Servicelocen og Ældreloven

Kilde: borger.dk. Merk: Pleie- og omsorgstjenester reguleres av flere ulike lovverk, og denne tabellen gir ikke en komplett oversikt over relevante lovverk.

- Anbud, der utvelgelsen av leverandører skjer gjennom en anbudskonkurranse.
- Utstedelse av fritt valg-bevis, som gir innbyggerne mulighet til å inngå avtale med en virksomhet som leverer hjemmehjelp.

3.3.1 Godkjenningsordning

I godkjenningsmodellen fastsetter kommunen prisnivået, og utførerne konkurrerer på kvalitet, tilsvarende LOV i Sverige. I 2023 benyttet litt over halvparten av kommunene en godkjennings-ordning (Foged & Houlberg, 2024).

Godkjenningsordning bidrar til å skape et konkurransepreget marked med konkurranse mellom mange private leverandører, men hvor det er mindre konkurranse på pris (Foged & Houlberg, 2024). Godkjenningsordningen medfører typisk flere private leverandører, mens anbudsordningen gir færre private leverandører.

3.3.2 Anbudsordning

I anbudsmodellen konkurrerer utførerne både på pris og kvalitet, tilsvarende LOU i Sverige. Anbuds-ordningen kan bidra til å skape et konkurranse-preget marked med konkurranse både på pris og kvalitet, men med relativt færre og større leverandører å velge mellom (Foged & Houlberg, 2024).

I 2023 hadde omtrent en tredjedel av kommunene i Danmark en form for anbudsordning (Foged & Houlberg, 2024). Den vanligste anbudsordningen innebærer at kommunen står utenfor selve anbudskonkurransen, men fortsetter som leverandør ved siden av de private leverandørene som vinner anbudet.

Før reformen i 2013 var det uklart om kommunene kunne drive egenregi ved bruk av anbudsmodellen, noe som gjorde at modellen sjelden ble brukt. Etter endringen kan kommunen også drive egen virksomhet innenfor anbudsmodellen (SOU 2014:2).

3.3.3 Fritt valg-bevis

Siden 2009 har brukere med fritt valg-bevis (tidligere serviceseddel) selv kunnet velge en utfører som oppfyller kommunens kvalitetskrav, og inngå avtale direkte. Dette skiller seg fra anbuds- og godkjenningsmodellen, hvor avtalen inngås mellom kommunen og utføreren. Våren 2013 ble reglene for fritt valg-bevis endret for å gjøre det enklere for kommuner som ikke hadde fått kontrakter med private utførere å benytte seg av fritt valg-bevis (SOU 2014:2).

3.3.4 Erfaringer og betydning av de ulike anskaffelsesordningene

En analyse av danske kommuners organisering av fritt valg, viser at anbudsordningen er vanligere enn godkjenningsordningen og fritt valg-bevis i kommuner der de eldre har høyere inntekt, og der avstandene mellom innbyggerne er kortere (Foged & Houlberg, 2024).

En studie fra Danmark finner tegn til at anbudsmodellen reduserer antallet private aktører i markedet og øker markedskonsentrasjonen, spesielt for offentlige leverandører, sammenlignet med en godkjenningsmodell. Det kan bli vanskeligere for mindre leverandører å konkurrere mot de større leverandørene, som fører til at de ikke deltar i markedet. Godkjenningsmodellen kan derimot føre til større konkurranse i markedet ettersom flere aktører velger å delta (Madsen, Ladenburg, Foged, & Houlberg, 2025).

3.4 Hva skiller organisering i Norge, Sverige og Danmark?

Sammenlignet med Sverige og Danmark, ligger Norge nærmest den svenske LOU-modellen, både når det gjelder hvordan brukervalg organiseres og hvilke rammer kommunene opererer innenfor. I både Norge og Sverige er brukervalg frivillig for kommunene, og LOU-ordningen bygger på at kommunen anskaffer avtaler med én eller flere private leverandører gjennom anbud.

I både Sverige og Norge legges det felles vekt på at kommunen beholder ansvaret for kvalitet, kontroll og oppfølging av tjenestene, selv om private leverandører utfører dem. Når det gjelder organisering av helsetjenester generelt, og hjemmesykepleie spesielt, er ulikhetene mer markante. I Sverige er ansvaret for tjenester i hjemmet fordelt mellom to nivåer: kommunene, som leverer eldreomsorg og hjemmetjenester, og regionene, som har ansvar for sentrale helsetjenester som spesialiserte tjenester og legetjenester. Denne delingen skaper flere overganger i pasientforløp i hjemmet og gjør samordning av medisinsk oppfølging og omsorg mer krevende, særlig for brukere med komplekse og sammensatte behov.

Sverige skiller seg ytterligere fra Norge gjennom stor variasjon mellom kommuner i hvordan tjenester organiseres og kjøpes inn. Svenske kommunene kan velge mellom tre ulike modeller – LOV (løpende godkjenning og valgfrihet), LOU (anbud), eller kun kommunal drift – og de har ulike mekanismer for tildeling når brukeren ikke aktivt velger (rulleringsordning, nærhetsprinsipp eller

automatisk kommunal tildeling). Dette gir betydelige forskjeller i hvordan hjemmesykepleien faktisk leveres og styres. Det norske godkjenningsmodellen ligner trolig Sveriges valgfrihetssystem (LOV), hvor leverandører godkjennes fortløpende, kommunen setter prisene, og konkurransen dermed i hovedsak foregår på kvalitet fremfor pris. Denne modellen er ikke prøvd ut i fritt brukervalg i hjemmesykepleien i Norge.

Til sammenligning er hjemmesykepleien i Norge en del av en integrert kommunal helse- og omsorgstjeneste, samlet under én lov og ett administrativt nivå. Dette innebærer klare ansvarslinjer, enhetlig faglig styring og færre grenseflater i tjenesteforløpene, noe som legger mer til rette for kontinuitet for innbyggerne og samhandling mellom hjemmesykepleien og øvrige kommunale tjenester i den daglige driften. I Norge finnes også lokale variasjoner, i form av boligbaser eller sonestrukturer innenfor én enhet i hjemmesykepleien, men organiseringen er i større grad standardisert og kommunalt samlet, noe som bidrar til mer ensartede rammer enn i et system med tre parallelle anskaffelses- og valgfrihetsmodeller.

Danmark skiller seg tydelig fra både Norge og Sverige ved at fritt brukervalg er lovpålagt for alle kommuner. Dette innebærer en sterkere nasjonal styring, hvor staten setter klare føringer for at kommunene må tilby minst én offentlig og én privat leverandør, og at brukerne skal ha reell valgfrihet i hele landet. I tillegg har Danmark et mer variert system av modeller – godkjenningsordning, anbudsordning og fritt valg-bevis som kommunene kan bruke for å oppfylle lovkravet, mens Norges og Sveriges modeller i større grad er basert på én løpende godkjenning.

Danmark skiller seg fra både Norge og Sverige på flere måter, både knyttet til helsetjenester generelt og spesielt til hvordan hjemmetjenester er organisert. Frem til 2025, var selve tjenesteinnholdet i hjemmepleien bredt og i hovedsak omsorgsorientert. Hjemmepleien bestod av personlig pleie, som omfattet hjelp til personlig hygiene og grunnleggende daglig omsorg; praktisk hjelp, som rengjøring, klesvask og innkjøp; matservice, som innebar levering av eller hjelp til å tilberede mat; og delegert sykepleie, hvor enkelte sykepleieoppgaver ble utført av hjemmepleien etter delegering fra kommunens hjemmesykepleie. Sammenlignet med norsk hjemmesykepleie har det danske tilbudet frem til 2025 derfor vært mindre klinisk og avansert og mer rettet som praktisk og personlig bistand i hjemmet. Organiseringen før 2025 førte til at hjemmepleien ofte ble levert av flere parallelle aktører innen samme kommune, fordi brukerne selv kunne velge leverandør, og fordi kommunene kunne benytte ulike modeller for å oppfylle lovkravet om fritt valg. Det var først med innføringen av «Ældreloven» i 2025, som innførte «Helhetspleje», at Danmark begynte å samle disse tjenestene i én koordinert tjenestepakke. Tjenestene omfatter nå personlig pleie, praktisk hjelp, matservice, rehabilitering, og fra 2027 skal også allmennsykepleie inngå. Hensikten er å gi eldre et mer helhetlig, sammenhengende og koordinert tilbud, med mindre fragmentering og bedre kontinuitet i pleien.

Helhetspleien kan imidlertid leveres på tre måter ved at en aktør har ansvar for hele tjenestepakken (1), flere leverandører samarbeider og opptrer som én samlet enhet (2) eller med en hovedleverandør med totalansvar og en underleverandør med delegert ansvar (3).

Denne modellen fremstår i retning av mindre fragmentering, samtidig som privat innslag fortsatt er høyere enn i Norge, men lavere og mer regulert enn i Sverige.

3.4.1 I hvilken grad kan Norge sammenligne seg med Sverige og Danmark?

Samlet sett kan erfaringer fra Sverige og Danmark gi inspirasjon, men ulikhetene og kompleksiteten i de ulike landene kan ikke overføres for hva fritt brukervalg vil bety i kvalitetsmessig, ressursmessig eller økonomisk i Norge. Forskjeller i ansvarsnivå, tjenesteinnhold og organisering, markedsstruktur og politiske rammer bidrar til at resultatene i Sverige og Danmark ikke er direkte sammenlignbare med den norske virkeligheten og må derfor tolkes med varsomhet og i lys av disse ulikhetene.

Norge kan bare delvis sammenligne seg med Sverige og Danmark når det gjelder effekter av fritt brukervalg. Organisering, ansvarsnivå og integrering av helsetjenester i landene så ulike at erfaringer og resultater derfor må tolkes med forsiktighet. I tillegg er den norske hjemmetjenesten og hjemmesykepleien ulikt organisert fra kommune til kommune, noe som ytterligere kompliserer sammenligningsgrunnlaget.

Sammenligningsgrunnlaget med Danmark er ytterligere svakere. Danmark har hatt et annet tjenesteinnhold, lovpålagt brukervalg og et mer markedsbasert system, men som etter 2025 har blitt fundamentalt reorganisert gjennom helhetspleie og mer likt til det norske systemet. Effektene og erfaringene fra Danmark før 2025 kan ikke uten videre overføres til norske forhold, og resultater må også tolkes med forsiktighet.

4. Brukereffekter

Andelen som velger private leverandører har ligget på mellom syv og tolv prosent i Oslo, Bærum og Bergen. Det er få brukere som bytter mellom leverandører. Brukere som velger private leverandører, har i gjennomsnitt flere vedtakstimer og større hjelpebehov. Det viktigste for brukertilfredshet i hjemmesykepleien er pleiekontinuitet, innhold og kvalitet i tjenesten. Det er delte meninger om verdien av valgfriheten for brukerne.

4.1 Valg av private leverandører

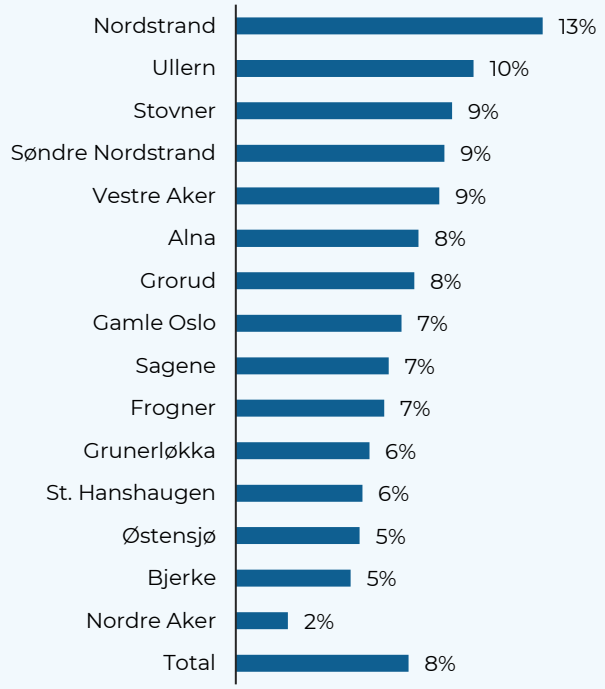
Erfaringen fra norske kommuner er at det er relativt få brukere som velger private leverandører i ordninger med fritt brukervalg av hjemmesykepleie. I intervjuene oppga informantene at andelen brukere som velger private leverandører i Norge har ligget på mellom syv og tolv prosent i kommunene som har hatt fritt brukervalg over tid. Gjennomsnittet for Oslo var på åtte prosent i 2025, men det er stor variasjon mellom bydelene (Figur 4-1). I Drammen var det svært få som valgte private leverandør da de hadde ordningen. I perioden 2016 til 2017 var det mellom fire og 16 brukere som valgte privat leverandør i Drammen, tilsvarende omtrent én prosent av brukerne (Drammen kommune, 2025).

Det er flere mulige forklaringer på hvorfor relativt få velger private leverandører. Informanter fra både kommuner, private leverandører og arbeidsgiverorganisasjoner fortalte at det varierer i hvilken grad brukere og pårørende får informasjon fra kommunen om muligheten til å velge leverandør. En undersøkelse fra 2024 viser likevel at 88 prosent av brukere av hjemmetjenester i Oslo kjenner til ordningen (NHO Geneo, 2024). Kjennskapen til ordningen er lavere blant pårørende, og her er det også få som oppgir at de har fått informasjon om ordningen. Kun to av ti pårørende oppgir at de har mottatt informasjon om ordningen, mens åtte av ti brukere av hjemmetjenester oppgir at de har fått slik informasjon fra kommunen (NHO Geneo, 2024). Fagpersonell i en kommune som har erfaring med fritt brukervalg fortalte at de tilstreber å informere brukere i forkant av tildeling, men at noen ganger er det en utfordring når de må tilby hjemmetjenesten på veldig kort varsel.

Videre pekte informanter fra arbeidslivsorganisasjoner og private leverandører på at holdningene blant ansatte i kommunen har stor betydning for hvor mange brukere som velger privat leverandør. I intervjuene ble det trukket frem at den store variasjonen mellom bydelene i Oslo kan være påvirket av hvilken innstilling de ansatte i bydelen har til private leverandører, og hvor ofte de anbefaler brukerne å velge en privat leverandør. Videre fortalte informantene at variasjonen kan ha sammenheng med hvorvidt bydelens tjeneste har et godt eller dårlig rykte blant innbyggerne i bydelen.

Det ble også påpekt at det kan være «smitteeffekter» mellom brukere, slik at det for eksempel kan være flere i et nabolag som bytter til privat leverandør hvis noen i området er fornøyde, eller hvis bilene til den private leverandøren blir synlige i gatene. Informanter fra pasient- og brukerorganisasjoner understreket også denne effekten, og mente at rykte og kommunikasjonen

Figur 4-1: Andelen brukere med privat leverandør i Oslo i 2025



Kilde: Oslo Kommunes fagsystem.

rundt ordningen kan ha stor betydning for hvor mange som velger privat leverandør.

Til sammenligning er det langt flere som velger en privat i leverandør av praktisk bistand. I Oslo var andelen brukere som hadde privat leverandør av praktisk bistand 29 prosent i 2023 (Mortensen, 2023). Fagpersonell i en kommune som har erfaring med fritt brukervalg fortalte i intervju at de ofte har bedre tid før praktisk bistand settes i gang enn før oppstart av hjemmesykepleie, og at de dermed har bedre tid til å gi informasjon. Informanten fortalte videre at ved praktisk bistand gjennomfører en kommunalt ansatt hjemmebesøk hos alle som skal få tjenesten i forkant av oppstart. I forbindelse med dette besøket informerer de om ordningen med fritt brukervalg. Når det gjelder hjemmesykepleie, kan tjenesten derimot ha startet opp før brukeren får slik informasjon.

> *I praktisk bistand er vi på hjemmebesøk til alle som får tjenesten, og da har vi med informasjon om fritt brukervalg i forbindelse med besøket.*
>
> - **Fagpersonell i kommunen**

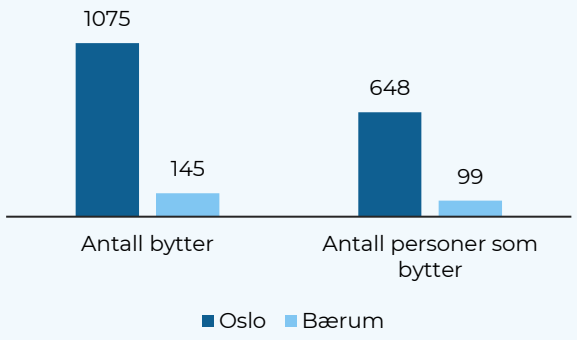
I Bærum i 2023 var det 27 prosent som valgte en privat leverandør av praktisk bistand (Mortensen, 2023). I dag har Bærum kommune kun private leverandører av praktisk bistand, så alle brukerne av praktisk bistand skal ha en privat leverandør. I Kristiansand kommune opplyser at omtrent 17 prosent velger en privat leverandør av praktisk bistand. I Sverige er det anslått at omtrent 16 prosent av eldre brukere som mottar hjemmetjenester (både hjemmesykepleie og praktisk bistand), mottar tjenester fra en privat leverandør (Vårdföretagarna, u.d.) I Danmarks hjemmehjelp (tilsvarer i stor grad praktisk bistand) mottar omtrent én tredjedel hjelp fra en privat leverandør (Rostgaard, 2017).

4.2 Bytter mellom leverandør

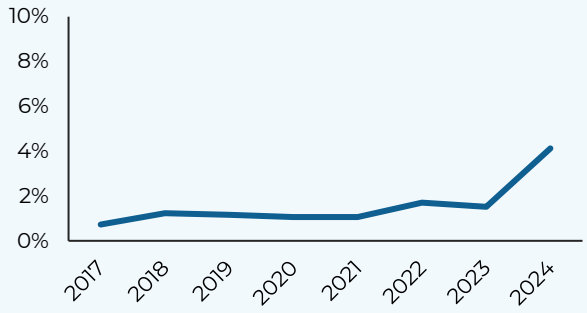
I 2024 var det 648 brukere av hjemmesykepleie i Oslo og 99 brukere i Bærum som byttet leverandør av hjemmesykepleie (Figur 4-2). Dette tilsvarer 4,1 prosent av hjemmesykepleiebrukere i Oslo samme år, og 3,0 prosent i Bærum. Det var en økning i Oslo i andelen brukere som byttet i 2024, sammenlignet med de foregående årene (Figur 4-3). Økningen i 2024 kan ha en sammenheng med overdragelsen av Diakonhjemmet Omsorg til 2Care i februar 2024.

Totalt i Oslo byttet de 648 brukerne 1075 ganger i løpet av 2024. Det vil si at noen brukere byttet flere ganger (Figur 4-4). Totalt var 699 av de 1075 byttene fra kommunal til privat leverandør (65 prosent), mens 376 bytter fra privat til kommunal leverandør (35 prosent). Tilsvarende gjennomføre de 99 brukerne i Bærum 145 bytter totalt i løpet av året. Av disse 145 byttene var 79 bytter (54 prosent) fra kommunal til privat leverandør, mens 66 bytter (46 prosent) var fra kommunal til privat leverandør.

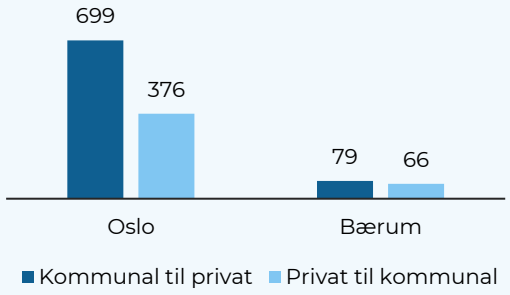
Figur 4-2: Bytte av leverandør i Oslo og Bærum, 2024



Figur 4-3: Andelen som byttet leverandør av hjemmesykepleie i Oslo, 2017-2024



Figur 4-4: Antall brukere som byttet mellom leverandører, 2024

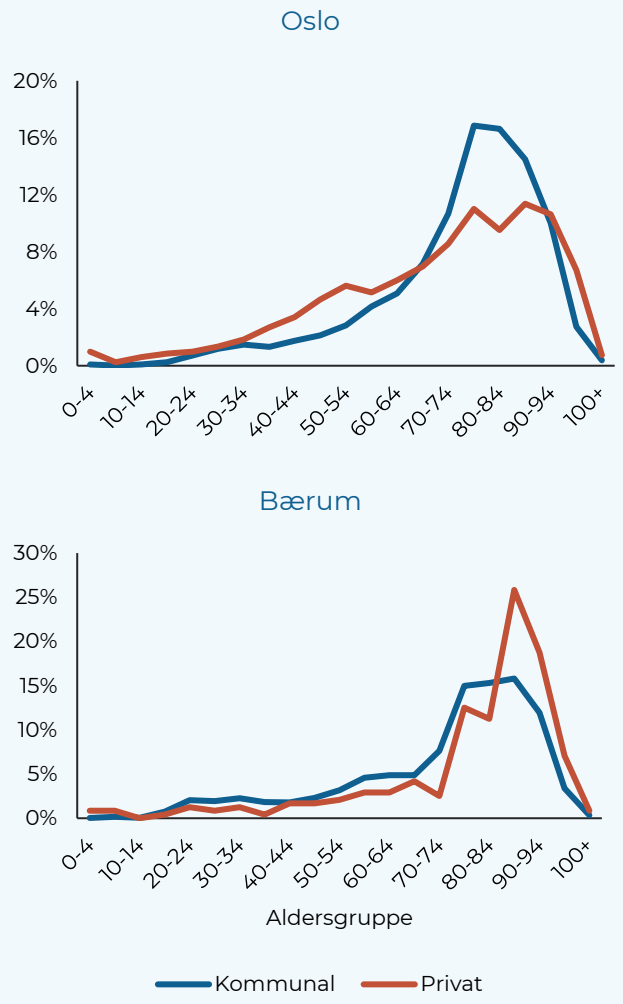


Kilde: KPR. Det er usikkerhet i datagrunnlaget på grunn av antatt mangelfull registrering av utfører av hjemmesykepleie.

Informantene vi snakket med fra kommunene sentralt hadde også et inntrykk av at det var få som byttet leverandør etter oppstart av tjenesten. Flere informanter hadde en hypotese om at blant de som bytter leverandør, er det mange som bytter flere ganger. Denne brukergruppen ble beskrevet som de som er «misfornøyde uansett». Informantene forklarte dette med at misnøyen i stor grad handler om selve situasjonen - at de har blitt syke og er avhengige av hjelp til hverdagslige gjøremål - snarere enn om hvilken leverandør som yter tjenestene.

Fagpersonell i en kommune som har fritt brukervalg har erfart at brukere kunne ønske å bytte hvis de hadde sett reklame for private leverandører eller hvis en av de ansatte de hadde i den nåværende tjenesten byttet arbeidsplass, og brukeren ønsket å følge vedkommende.

Figur 4-5: Aldersfordeling blant brukere av privat og kommunal hjemmesykepleie i 2024



Kilde: KPR. Det er usikkerhet i datagrunnlaget på grunn av antatt mangelfull registrering av utfører av hjemmesykepleie.

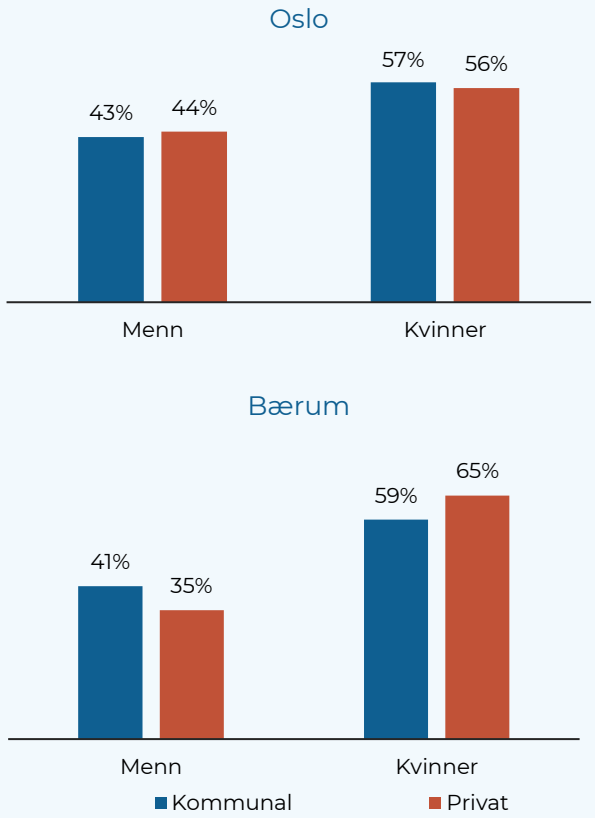
4.3 Kjennetegn ved brukere som velger privat leverandør

4.3.1 Alder og kjønn

Aldersfordelingen blant brukere av privat hjemmesykepleie i Oslo skiller seg fra den kommunale ved at de private leverandørene har en relativt større andel yngre brukere, særlig fra 30-års alderen til midten av 50-årene (Figur 4-5). Kommunal hjemmesykepleie har en klar tyngde blant brukere fra rundt 70 til midten av 80-årene. Yngre brukere har ofte komplekse behov og behov for mange ulike helsetjenester. De yngre brukerne i Oslo kan skille seg fra yngre brukere i andre kommuner, men vi har ikke dokumentasjon som understøtter dette.

I Bærum er aldersfordelingen blant brukere under 70 år svært lik mellom privat og kommunal leverandør (Figur 4-5) Det er derimot et skille i aldersfordelingen blant de eldste brukerne (85+ år), hvor flere velger private. Både blant menn og kvinner i Bærum finner vi at det er relativt flere eldre som velger privat leverandør.

Figur 4-6: Kjønnsfordeling blant brukere av privat og kommunal leverandør i Oslo og Bærum i 2024



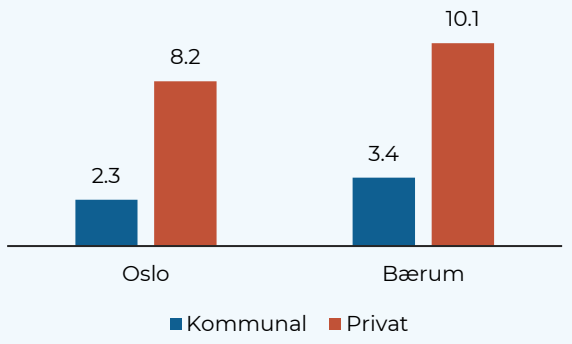
Kilde: KPR. Det er usikkerhet i datagrunnlaget på grunn av antatt mangelfull registrering av utfører av hjemmesykepleie.

Kjønnsfordelingen blant brukere av privat og kommunal leverandør er svært lik i Oslo (Figur 4-6). Blant brukere av privat leverandør er 44 prosent menn og 56 prosent kvinner. For kommunal leverandør er det omtrent 43 prosent menn og 57 prosent kvinner. I Bærum er det en større forskjell i kjønnsfordelingen mellom brukere av privat og kommunal leverandør. Omtrent 35 prosent av brukerne som hadde en privat leverandør i 2024 var menn, og 65 prosent var kvinner. Blant brukere av kommunal leverandør var omtrent 41 prosent menn og 59 prosent kvinner.

4.3.2 Vedtakstid

Brukere som velger private leverandører har i gjennomsnitt høyere vedtakstid, sammenlignet med brukere av kommunal hjemmesykepleie. I Oslo i 2024 hadde private leverandører i gjennomsnitt 8,2 timer per uke per vedtak, sammenlignet med 2,3 timer per uke for de som fikk tjenesten fra kommunen (Figur 4-8). I Bærum var tilsvarende tall 10,2 timer per uke per vedtak for private leverandører og 3,4 timer for kommunen.

Figur 4-8: Gjennomsnittlig innvilget vedtakstimer per uke i Oslo og Bærum, 2024

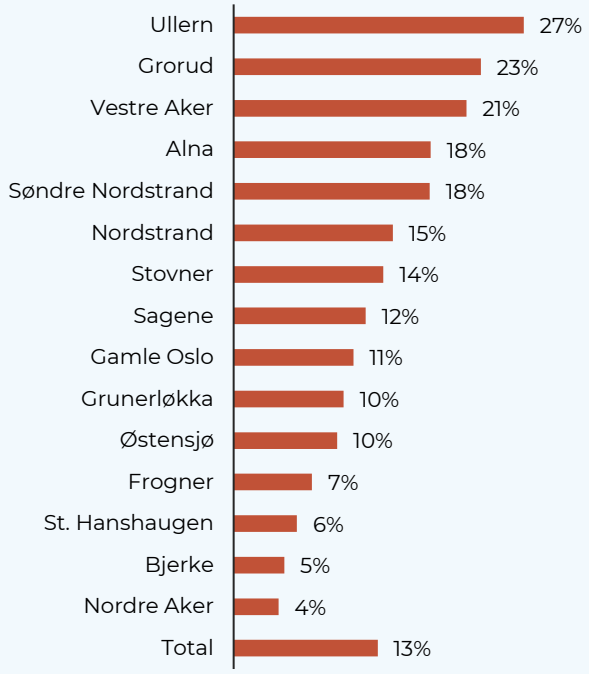


Kilde: KPR. Det er usikkerhet i datagrunnlaget på grunn av antatt mangelfull registrering av utfører av hjemmesykepleie.

I Oslo stod de private leverandørene for 13 prosent av de totale vedtakstimene i kommunen i 2025, med stor variasjon mellom bydelene. I bydel Ullern stod de private for nesten én tredjedel av vedtakstimene, mens i bydel Nordre Aker stod de for fire prosent av vedtakstimene (Figur 4-8).

I 12 av de 15 bydelene i Oslo hadde de private leverandørene en høyere andel av vedtakstiden enn av brukerne, som innebærer at brukerne med privat leverandøren har høyere vedtakstid enn brukerne med kommunal leverandør. I bydel Ullern hadde for eksempel de private leverandørene 10 prosent av brukerne, men stod for 27 prosent av vedtakstiden i bydelen. I de tre bydeler (Frogner, Bjerke og Stovner) hadde de private leverandørene like stor andel av vedtakstimene som av brukerne.

Figur 4-7: Private leverandørers andel av vedtakstimer i Oslo i 2025

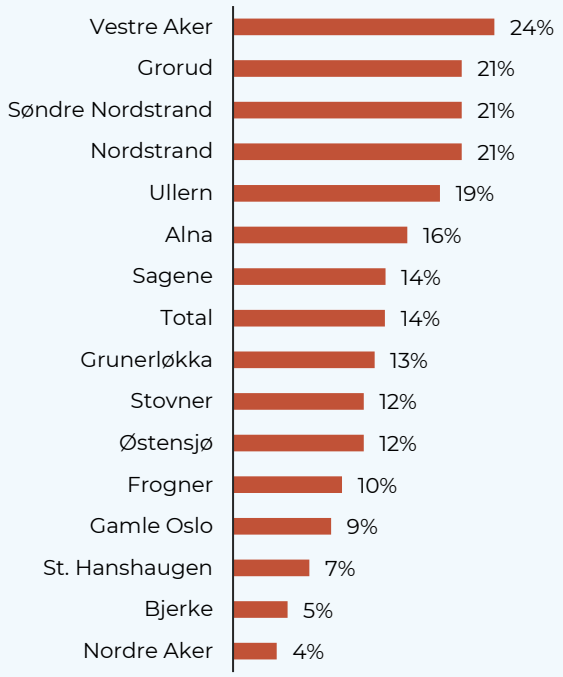


Kilde: Oslo kommunes fagsystem. Det er ikke korrigert for brukernes bistandsbehov.

4.3.3 Utført tid

Vedtakstimer viser hvor mange timer som er innvilget i vedtaket, mens utførte timer viser timer som faktisk er levert til pasienten. I Oslo i 2025 stod de private leverandørene for 14 prosent av de utførte timene (Figur 4-9). Vedtakstimer og utførte timer som tilfaller private leverandører er dermed tilnærmet like totalt sett, men det er noe variasjon mellom bydelene. Forskjellen i prosentpoeng er størst i bydel Ullern hvor private leverandører har 27 prosent av vedtakstimene, men 19 prosent av utførte timer. I Nordstrand derimot, står de private for en større andel av de utførte timene (21 prosent) enn av vedtakstimene (15 prosent). Det er uklart hva som er årsaken til variasjonen, men mulige årsaker er forskjeller i saksbehandlerpraksis og hvor hyppig man gjør revurdering av vedtak der det er behov. I noen bydeler kan det også være tilfeldig variasjon fra år til år, men tilsvarende bilde gjelder for bydel Nordstrand og Ullern i 2024 også.

Figur 4-9: Private leverandørers andel av utførte timer i Oslo i 2025

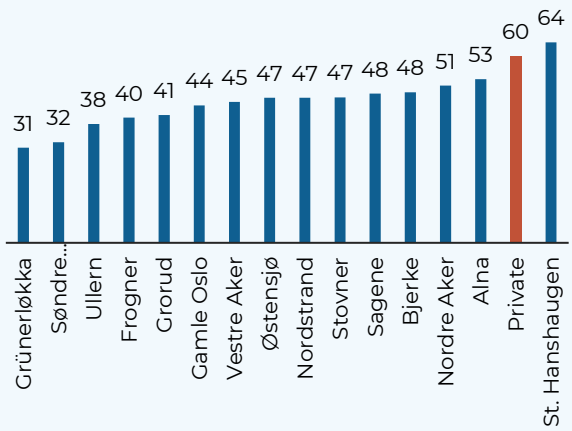


Kilde: Oslo kommunes fagsystem. Det er ikke korrigert for brukernes bistandsbehov.

4.3.4 Antall besøk

Brukerne hos private leverandører i Oslo hadde i gjennomsnitt 60 besøk av hjemmesykepleien i måneden i 2025 (Figur 4-11). Dette er relativt høyt, sammenlignet med den kommunale leverandøren i de fleste andre bydeler.

Figur 4-11: Gjennomsnittlig antall besøk per bruker i Oslo i 2025

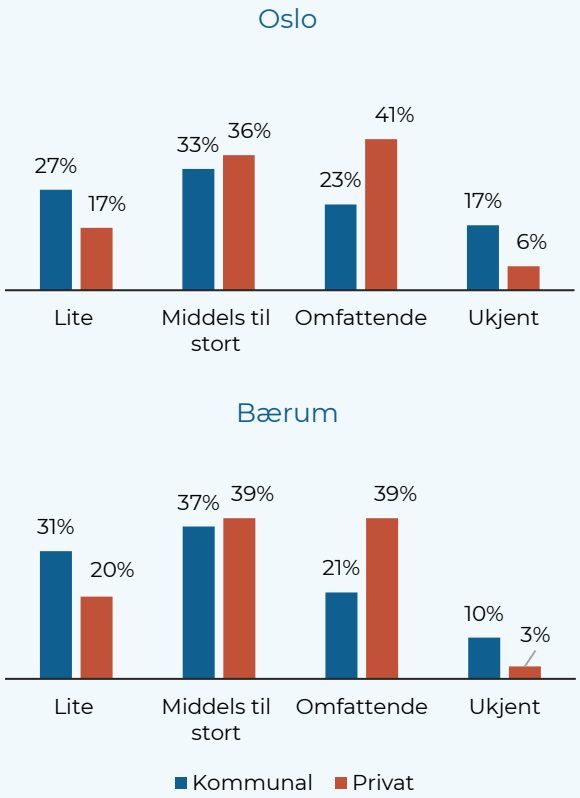


Kilde: Oslo kommunes fagsystem. Det er ikke korrigert for brukernes bistandsbehov.

4.3.5 Hjelpebehov og utfordringer

En hypotese for større vedtakstid per bruker hos de private er at de private har brukere med større og mer komplekse hjelpebehov. Av de vedtakene hvor brukerens hjelpebehov er registrert i Oslo og Bærum, hadde de private leverandørene i 2024 en høyere andel vedtak der brukeren er registrert med omfattende hjelpebehov, sammenlignet med den kommunale leverandøren (Figur 4-10). Tilsvarende har kommunen en høyere andel vedtak der brukeren er registrert med lite hjelpebehov, sammenlignet med de private. En høy andel av vedtakene til brukere med kommunal leverandør har ikke registrert hjelpebehov, noe som gir usikkerhet i fordelingen av hjelpebehov. Tilsvarende trend gjelder også for hjemmesykepleievedtak i Bærum i 2024.

Figur 4-10: Fordelingen av registrert hjelpebehov på vedtak i Oslo og Bærum i 2024



Kilde: KPR. Det er usikkerhet i datagrunnlaget på grunn av antatt mangelfull registrering av utfører av hjemmesykepleie.

Fagpersonell i kommunen og de private leverandørene fortalte også i intervju at de opplever at de private leverandørene har brukere med større hjelpebehov. Informantene trakk frem flere mulige årsaker til dette. For det første fortalte fagpersonell i

kommunen og hos private leverandører at de private leverandørene i større grad har mulighet til å gjøre tilpasninger for de mest hjelpetrengende og i større grad forsøker å imøtekomme spesielle behov. Eksempelvis fortalte en informant fra kommunen at de private har mulighet til å følge brukeren til legebesøk, mens kommunen ikke hadde mulighet til å tilby dette. En annen fortalte at kommunen er raskere med å anbefale sykehjemsplass enn de private, for eksempel hvis en bruker blir for syk til å kunne gå ut av boligen alene.

> *De private leverandørene kan imøtekomme en del ting som kommunen ikke tilbyr.*

- **Saksbehandler i kommunen**

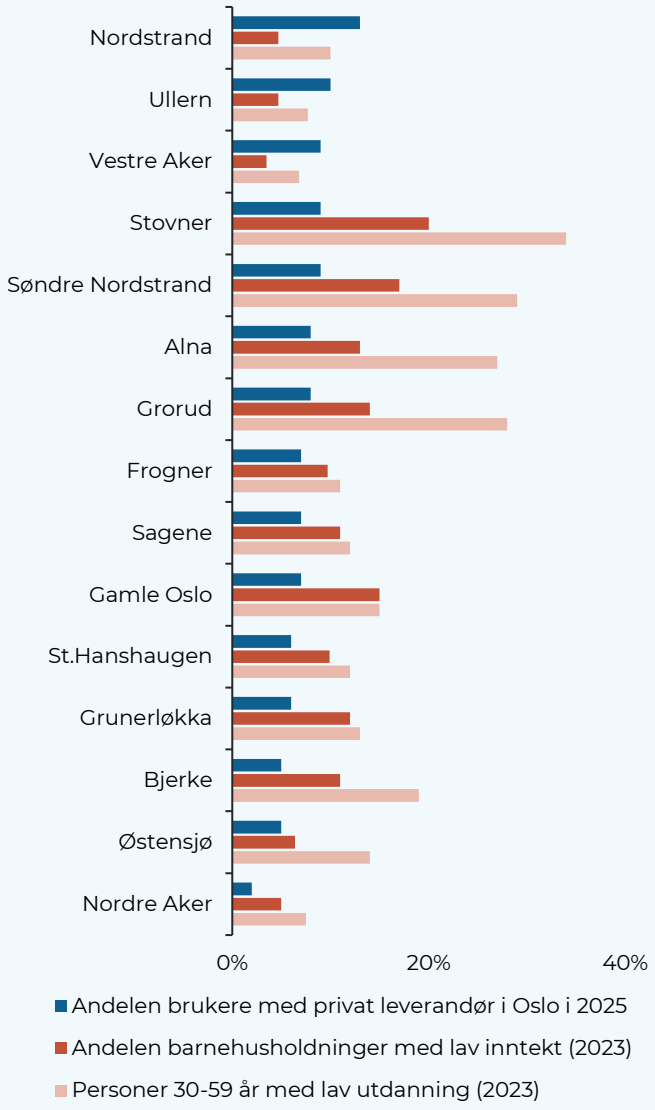
Fagpersonell i kommunen fortalte at når de skal tildele tjenester til brukere med spesielle eller særlig utfordrende behov så anbefaler kommunen noen ganger brukeren å velge en privat leverandør. For eksempel fortalte en privat leverandør i et intervju at blant brukerne som trenger hjelp nesten hele døgnet så velger så å si alle en privat leverandør. Et annet eksempel som ble gitt i intervju var at de private leverandørene kan tilby tjenester på tvers av kommunen, og ikke bare i én bydel. For brukere som har flere enn ett bosted i kommunen kan det derfor være fordelaktig for både kommunen og brukeren med en privat leverandør.

Videre fortalte informanter fra sentralt i kommunen og fra private leverandører at brukere med enkle vedtak, for eksempel de som bare skal få utlevert medisin, i mindre grad legger vekt på å velge leverandør, ettersom tjenesten de mottar er relativt liten. Følgelig foretar de seg ikke et aktivt valg og blir værende hos kommunen. Informanter fra arbeidslivsorganisasjoner og kommunene sentralt opplevde derimot at brukerne med de mest komplekse behovene og sammensatte sykdomshistoriene valgte kommunen. Det ble trukket frem at mange brukere har høy tillit til det offentlige helsevesenet, og at de mest skrøpelige eller syke ikke har kapasitet til å ta et aktivt valg og derfor er hos kommunen. Tilsvarende fortalte representanter fra kommuner i Danmark at inntrykket deres er at brukere med mer komplekse behov oftere velger kommunene, mens andre velger det private.

4.3.6 Sosioøkonomisk status

En annen hypotese er at de mer ressurssterke brukerne oftere velger privat leverandør. Mulige forklaringer på dette er at de ressurssterke har større mulighet til å sette seg inn i informasjonen om de ulike leverandørene. En annen mulig forklaring er at de med høyere sosioøkonomisk status oftere har politisk tilhørighet til partier som er positive til private leverandører (Insititutt for samfunnsforskning, 2025). Fagpersonell fra kommunen fortalte i intervju at de opplever at noen brukere har politiske meninger som påvirker hvordan de velger leverandør. Informanter fra en arbeidstakerorganisasjon fortalte også at de pårørendes politiske tilhørighet også kan være av betydning, ettersom at pårørende ofte er involvert i valget av leverandør.

Figur 4-12: Valg av private leverandører, andelen med lav inntekt og andelen lav utdanning

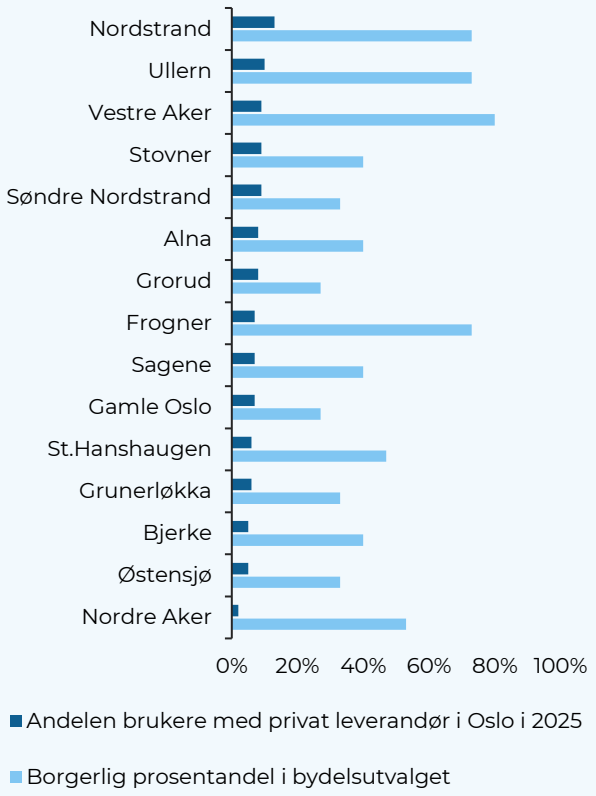


Kilde: Oslo kommnues fagsystem. Det er ikke korrigert for brukernes bistandsbehov (Oslo kommune, 2024)

Vi har funnet svært begrenset med studier som undersøker sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og valg av private leverandører, men én eldre studie fra Danmark undersøker sosioøkonomiske forskjeller mellom brukere som velger offentlige og private leverandører. Studien finner tegn til at brukere med lavere inntekt, lavere utdanning og i eldre aldersgrupper oftere velger offentlig, mens brukere med høyere sosioøkonomisk status oftere velger private leverandører (Fürst & Høverstad, 2013).

Hvis man sammenholder andelen som velger privat leverandør av hjemmesykepleie i Oslos bydeler med indikatorer for inntekt og utdanning, ser man at det er noe overlapp, men det fremtrer ingen entydig sammenheng. Det vil si at bydeler med en høy andel innbyggere med lav inntekt og lav utdanning ikke skiller seg systematisk ut når det gjelder valg av privat leverandør, men i de to bydelene hvor flest velger privat leverandør er det få lavinntektsfamilier. To av de fem bydelene som har høyest andel brukere av private leverandører, er blant bydelene med flest personer med lav inntekt, mens to andre er blant bydelene med færrest personer med lav inntekt (Oslo kommune, 2024).

Figur 4-14: Valg av private leverandører og borgerlig prosentandel i bydelsutvalget



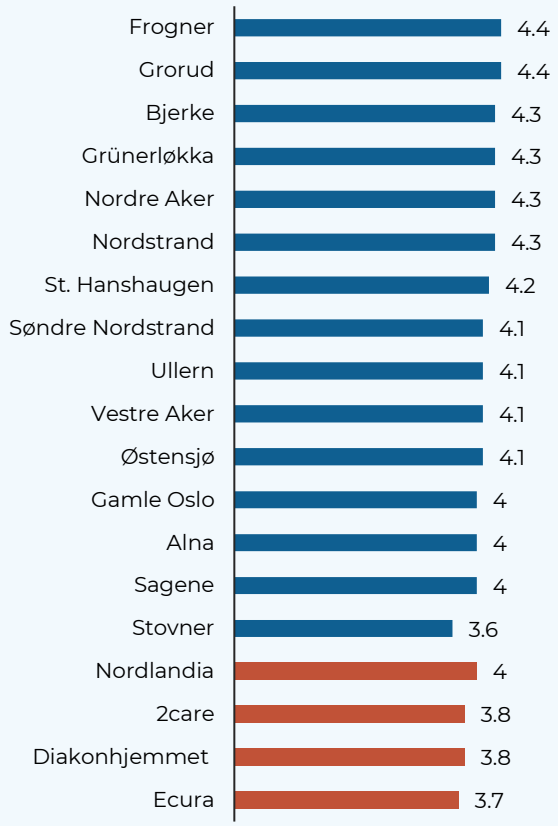
Kilde: (Oslo kommune, 2023)

Tilsvarende ser man noe overlapp mellom andelen som velger privat leverandør og borgerlig prosentandel i bydelsutvalget, men her er det heller ingen entydig sammenheng (Oslo kommune, 2023).

4.4 Brukertilfredshet

Helseetaten i Oslo gjennomførte en omfattende undersøkelse blant brukere av hjemmesykepleie i 2023. I undersøkelsen svarte i overkant av 4000 brukere på hvor fornøyd de var med hjemmesykepleien alt i alt på en skala fra én til fem, der fem var best. Gjennomsnittet for de kommunale leverandørene av hjemmesykepleie i bydelene var på 4,15, mens gjennomsnittet for de private leverandørene var på 3,83 (Figur 4-13). Det var forskjell mellom de ulike private leverandørene og mellom de ulike bydelene, men det er ingen tydelig sammenheng mellom brukertilfredsheten i bydelens tjeneste og andelen som velger privat leverandør i bydelen.

Figur 4-13: Gjennomsnittlig score på brukertilfredshet i Oslo kommune i 2023, per leverandør



Kilde: Oslo kommune Helseetaten, 2023. Figuren viser gjennomsnittet på en skala fra 1 til 5 på påstanden "Alt i alt er jeg fornøyd med hjemmetjenesten jeg får", der 5 er mest fornøyd.

Vårt hovedinntrykk gjennom intervjuene er at de aller fleste brukerne er fornøyde med hjemmesykepleien, og at type leverandør ikke er av så stor betydning for brukertilfredshet. Dette ble trukket frem av både fagpersonell i kommunen, brukerrepresentanter og brukere. Flere informanter fortalte at det viktigste for at brukerne skal være fornøyde med tjenesten er at de har kjennskap til personen som kommer innom (pleiekontinuitet), innholdet i vedtaket og at den som utfører tjenesten har kompetanse til å gjennomføre oppgavene i vedtaket. Dette bekreftes også i intervju med brukere av hjemmesykepleie.

> *Det viktigste for meg er at de som kommer har god opplæring.*
>
> - **Bruker av hjemmesykepleie**

I intervju med flere aktørgrupper i samtlige kommuner er erfaringen at de fleste brukere er fornøyd med den kommunale tjenesten, har høy tillitt til kommunen og blir i den kommunale tjenesten lenge. En bekymring fra brukersiden som kom frem i intervju var at noen brukere er skeptiske til at private bedrifter skal få tilgang til helseopplysninger fra fastlegen og andre deler av helsetjenesten.

I Danmark ble det gjennomført en brukerundersøkelse om brukertilfredshet i hjemmetjenesten blant eldre, hvor om lag 53 000 personer deltok i undersøkelsen. Av alle respondentene i undersøkelsen svarte 30 prosent at de samlet sett er meget fornøyd med hjelpen de mottar, og ytterligere 48 prosent svarte at de er fornøyd (DST Survey, Danmarks Statistikk, 2025). Når man deler opp etter hvilken type leverandør de mottar hjelp fra, enten kun privat (26 prosent), kun kommunal (54 prosent) eller en kombinasjon av kommunal og privat leverandør (20 prosent), finner de at tilfredsheten med hjelpen var omtrent lik uavhengig av hvilken leverandør brukeren hadde. En tidligere studie fra Danmark fant også få forskjeller i tilfredshet mellom brukere som mottok hjemmehjelp fra private sammenlignet kommunale leverandører (Rostgaard, 2017).

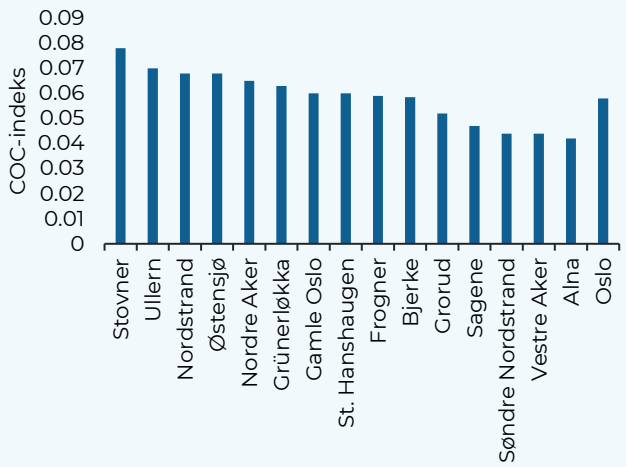
4.5 Betydning av valgfrihet

Det er delte meninger om verdien av valgfriheten blant brukerne av hjemmesykepleien. På den ene siden fortalte informanter fra både arbeidsgiverorganisasjoner i Norge og fra flere aktørgrupper i Sverige i intervju at mange brukere verdsetter muligheten til å kunne bytte leverandør, selv om det er få som faktisk bytter. På den andre siden fortalte flere av informantene at brukerne

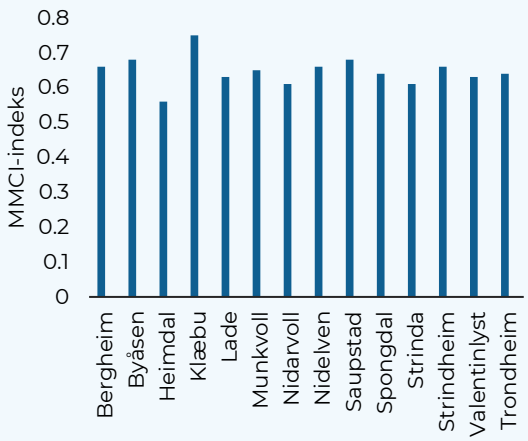
Faktaboks 5: Pleierkontinuitet

Oslo kommune og Trondheim kommune har målt pleiekontinuitet ved hjelp av henholdsvis COC-indeksen (Continuity of Care) og MMCI-indeksen (Modified Modified Continuity). Indeksene kan ikke sammenlignes direkte. COC-indeksen er et mål på pleierkontinuitet for én unik bruker i løpet av en observert periode. Indeksen går fra 0 til 1, hvor 0 betyr at hver ansatt har vært hos brukeren kun én enkelt gang i løpet av perioden, 1 dersom det er den samme ansatte som gjennomfører alle besøkene hos brukeren. MMCI beregnes ut fra hvordan besøk hos bruker fordeler seg mellom ulike ansatte. Høy MMCI indikerer en stabil tjeneste med få endringer i ansatte som kommer innom, mens lav MMCI indikerer hyppigere bytter av hvem som kommer.

Pleiekontinuitet i Oslo



Pleiekontinuitet i Trondheim



Kilde: (Oslo kommune, 2019; Trondheim kommune, 2025)

sjeldent har et uttalt ønske om å kunne velge mellom flere leverandører, og at noen brukere, som for eksempel er skrøpelige eldre, heller ikke har kapasitet til å foreta et valg mellom leverandører. Av brukerne vi har intervjuet, var det ingen som hadde et ønske eller behov for å bytte til en privat leverandør.

Videre fortalte flere informanter fra kommuner i Sverige og Norge i intervju at de aller fleste vil svare ja dersom man isolert sett blir spurt om man ønsker å kunne velge leverandør, men at et sånt spørsmål ikke fanger kompleksiteten og helheten i tjenestetilbudet.

> *Jeg har ikke noe formeninger om dette med fritt brukervalg. Jeg kan ikke tenke meg at de private skal gi meg noe bedre, men kanskje noen andre føler det.*
>
> - **Bruker av hjemmesykepleie**

I en tidligere utredning av fritt brukervalg i hjemmetjenesten i Norge finner de at de viktigste grunnene til at brukere byttet leverandør var et ønske om en fast tjenesteyter, bedre punktlighet eller misnøye med utførelsen av oppgaven (Fürst & Høverstad, 2013). De finner også at brukere ser på muligheten til å bytte tjenesteleverandører som viktig, men rangerer dette lavere en kontinuitet og fleksibilitet (Fürst & Høverstad, 2013). En annen undersøkelse gjennomført av Norstat i 2024 finner at syv av ti brukere i Oslo er positive til fritt brukervalg i hjemmetjenesten (NHO Geneo, 2024). Tilsvarende finner en studie fra Sverige at tilgangen på flere valgmuligheter bidrar til økt tilfredshet blant eldre etter introduksjonen av fritt valg i hjemmetjenesten (Bergman, Jordahl, & Lundberg, 2018).

En intervjustudie blant avdelingsledere i hjemmesykepleien i Sverige, Danmark og Finland finner derimot at det er utfordrende for eldre å ta informerte valg om egen helse og pleie. Studien peker særlig på utfordringer blant eldre med å tilegne seg informasjonen de trenger for å ta informerte valg. Eldres evne til å håndtere disse utfordringene virker å ha en sammenheng med helse, utdanning, språklige kunnskaper og støtte fra pårørende. Studien peker på at det kan være en risiko for at brukervalg fører til økte forskjeller blant eldre med omsorgsbehov (Erlandsson, Brodin, Graff, & Karsio, 2022). En annen studie fra Sverige finner også at mange eldre verken ønsker eller opplever seg i stand til å ta ansvar for valg av leverandør (Vamstad, 2016). I Danmark er erfaringen lignende, og brukere oppgir at pleiekontinuitet er det viktigste for at de skal være fornøyde. Det ble knyttet til at den ansatte da vil kjenne til deres behov og preferanser (Rostgaard, 2017) (DST Survey, 2025).

5. Effekter på tjenesten

Noen er bekymret for at private leverandører vil redusere kvaliteten for å spare inn kostnader, mens andre mener konkurranse om brukere kan øke kvaliteten. Utformingen av avtalen mellom kommune og privat leverandør har trolig stor påvirkning på både kvalitet og innovasjon. Arbeidsvilkår for ansatte synes å være best i kommunen, men dette varierer mellom kommuner. Flere ansatte kombinerer en stilling i kommunen og hos en privat leverandør, og synes det er positivt å kunne øke stillingsprosenten på denne måten.

5.1 Effekter på kvalitet

Det er delte meninger om hvordan fritt brukervalg kan påvirke kvalitet i tjenesten både i intervjuer og i forskningslitteraturen. Effekten avhenger trolig av flere elementer, blant annet innretting og organisering av ordningen, leverandørmarkedet og andre lokale forhold.

5.1.1 Måling av kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

Det er utfordrende å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og vanlige kvalitetsindikatorer reflekterer ikke alltid den faktiske kvaliteten på tjenestene. Når kommunene skal rapportere på kvalitet eller stille kvalitetskrav i kontrakter med private leverandører, benytter de ofte det som er tilgjengelig av målbare indikatorer. Eksempler på målbare indikatorer er utdanningssammensetning på personell, resultater av tilsyn og brukerundersøkelser. Disse indikatorene kan gi viktig informasjon, men fanger ikke nødvendigvis opp helheten i kvaliteten. For eksempel betyr ikke høy pleierkontinuitet nødvendigvis god omsorg hvis den faste pleieren mangler nødvendig opplæring, eller hvis arbeidsbelastningen er så stor at kvaliteten på hvert besøk svekkes.

Fordi det er utfordrende å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, er det også utfordrende å måle effekter på kvalitet som følge av fritt brukervalg. Bruk av ulike indikatorer kan være en av årsakene til de delte meningene om hvordan kvaliteten påvirkes.

5.1.2 Argumenter for redusert kvalitet

Et velkjent argument i forskningslitteraturen for redusert kvalitet som følge av fritt brukervalg er at private aktører har insentiver til å redusere kvaliteten på tjenesten for å redusere kostnader, gitt at kvalitetsreduksjonen ikke fører til et kontraktsbrudd (Hart, Shleifer, & Vishny, 1997; Broms, Dahlström , & Nistotskaya, 2023). Dette trekkes også frem av informanter fra noen kommuner i Norge og Sverige, samt fra enkelte arbeidstakerorganisasjoner.

En informant fra en kommune hadde erfart at private leverandører i større grad velger å levere nøyaktig det som står i vedtaket, fordi utvidet innsats ikke gir direkte økonomisk gevinst. Disse insentivene kan oppstå i en modell der leverandørene får betalt etter brukerens vedtak og ikke etter medgått tid og kan svekke et helhetlig perspektiv i hjemmesykepleien.

Informanter fra kommunene sentralt fortalte i intervju at det kan oppstå denne typen utfordringer når bestiller og utfører av hjemmesykepleien er organisert i ulike virksomheter. Informantene forklarte at når utføreren er adskilt organisatorisk fra bestiller (som fatter vedtak) kan det føre til mindre samsvar mellom brukerens faktiske behov og vedtaksvolum enn når bestiller og utfører er samme enhet. Dersom for eksempel en brukers behov for hjemmesykepleie avtar i løpet av et sykdomsforløp, kan private leverandører mangle insentiv til å initiere endring i vedtaket eller tilby ekstra rehabiliterende tiltak som ville redusere behovet ytterligere. Dersom bestiller og utfører «har samme hatt» - det vil si er organisatorisk nærmere hverandre - blir det ofte enklere å tilpasse tjenestene underveis fordi man kan jobbe med felles kultur. Samtidig ble det i intervjuene påpekt at også den kommunale leverandøren kan mangle insentiver til å redusere brukernes vedtakstid, fordi det er mer behagelig for de ansatte i tjenesten å ha god tid til å utføre de nødvendige oppgavene.

I intervju med ansatte i kommunene sentralt ble det trukket frem at det å ha både bestiller og utfører i samme organisasjon har andre fordelaktige effekter som at man er har felles tilgang på felles informasjon om for eksempel rutiner. I tillegg ble det trukket frem at kommunenes egne ansatte kan ha bedre oversikt over andre kommunale tilbud, som for eksempel aktivitetssentre, som noen brukere av hjemmesykepleie kan ha behov for eller glede av.

Bruk av journalsystemer

Når ansvaret for en pasient er delt mellom en privat leverandør og kommunen, er det nødvendig med god tilgang til informasjon og sikker utveksling av pasientdata mellom aktørene. Den som skal yte tjenester til brukeren, trenger både tilgang til relevante helseopplysninger og til journal for å kunne dokumentere helsehjelpen.

Informanter fra flere kommuner uttrykte bekymring knyttet til bruk av ulike journalsystemer og utfordringer med datadeling ved innføring av fritt brukervalg. I kommunene som allerede har fritt brukervalg, er dette løst ved at de private leverandørene bruker kommunens journalsystem (Gerica). Ikke alle kommuner bruker Gerica, og innføring av fritt brukervalg stiller dermed krav til informasjonssikkerhet og personvern i de journalsystemene som benyttes, for å sikre trygg datadeling. Det stiller også skjerpede krav til tilgangsstyring.

Det er innført nye nasjonale krav til kommunene om å ta i bruk felles digitale løsninger via Helsenorge. Dette har ført til at mange kommuner nå anskaffer nye elektroniske pasientjournal-systemer (EPJ-systemer). I tillegg går stadig flere over til skybaserte løsninger, også på leverandørsiden. Det forventes at felles digitale løsninger kan gjøre det lettere med samhandling fremover.

Overganger fra sykehuset

Noen informanter fra kommunene sentralt trakk frem en bekymring knyttet til pasientsikkerhet i overgangen mellom utskriving fra sykehus og hjemmesykepleie. Denne overgangen mellom sykehus og hjemmesykepleien skjer ofte på kort varsel og krever at hjemmetjenesten har beredskap til å øke kapasiteten omgående. Bekymringen var knyttet til at det kan være utfordrende å ha oversikt over kapasitet og beredskap når det er flere aktører involvert, og at det kan være utfordrende for brukeren å ta et valg på grunn av helsesituasjon. Fagpersonell i en kommune som har erfaring med fritt brukervalg fortalte at når en bruker skal ha oppstart av hjemmesykepleie rett etter utskrivelse fra sykehuset blir det sjeldnere informert om fritt brukervalg, og brukeren blir oftere satt opp med en kommunal leverandør.

Kvalitetsutfordringer i noen svenske kommuner

Et annet argument for svekket kvalitet som ble trukket frem i intervju med svenske kommuner er at fritt brukervalg innebærer innføring, utskiftning og avskaffelse av nye leverandører og at dette kan føre til brist i pleiekontinutiteten. Flere svenske kommuner har hatt kvalitetsutfordringer, og vurderer å ta tilbake hjemmesykepleien i kommunal regi, eller har allerede gjort det. I Lomma kommune i Sverige tok kommunen tilbake eldreomsorgen i kommunal regi i 2017 etter mer enn 10 år med LOU. Årsakene var sammensatt, men handlet blant annet om kvalitetsutfordringer som avvik, underbemanning og uteblitte besøk hos brukere hos de private leverandørene (Linderoth, 2022). De private leverandørene ønsket også å trekke seg ut av markedet på grunn av manglende lønnsomhet.

Det har også vært oppmerksomhet i svenske medier knyttet til velferdskriminalitet hos private leverandører under LOV. Dette har for eksempel vært knyttet til ansettelser av pårørende og økonomisk svindel ved hjelp av falske hjemmetjenestebedrifter («hemtjänstfusket») (Nilsson, 2022) (Arbetet, u.d.). Disse sakene har gjort at enkelte har satt tatt til ordet for avskaffelse av LOV (Nilsson, 2022).

5.1.3 Argumenter for økt kvalitet

Informantene som er positive til fritt brukervalg argumenterer for økt kvalitet som følge av fritt brukervalg i hjemmesykepleie, fordi det skaper konkurranse om brukerne. Fagpersonell, private leverandører og arbeidslivsorganisasjoner trakk frem flere mekanismer som kunne gi kvalitetsforbedring. Det ble påpekt at private leverandører kan ha mer fleksibilitet i bemanningen, og at dette kan gi økt pleierkontinuitet og forutsigbarhet. Videre fortalte informanter i intervju at de private i større grad har mulighet til å tilpasse seg brukerens eventuelle ønsker om kjønn på ansatte. De har også i større grad mulighet til å tilby tjenester på tvers av soner eller bydeler. Det kan være positivt for personer som ikke har fast bopel, som for eksempel kan forekomme blant personer med rusproblemer.

Det kan være variasjon mellom kommuner når det gjelder pleiekontinuitet og fleksibilitet i bemanningen. Det er også viktig å understreke at det kan være forskjeller mellom kommuner som allerede har erfaring med fritt brukervalg og kommuner som vil innføre det. Vi vet ikke om disse erfaringene er generaliserbare til alle kommuner.

Videre er kvalitetskrav hos de private leverandørene regulert gjennom kontrakter med kommunen, og det settes strenge krav til kvalitetsindikatorer som for eksempel språk og utdanningssammensetning i bemanningen. De private er også nødt til å rapportere på brukertilfredshet og kvalitet til kommunen. Dette kan igjen gi bedre registrering, oversikt og økt kvalitet hos private leverandører. Fagpersonell fra kommunen fortalte for eksempel

at de private er flinke til å dokumentere hva de har gjort og at de leverer fra seg grundigere rapporter. Informanten fortalte at det kan være fordi dokumentasjonen er viktig for fakturering. I Oslo har det videre en vært en debatt knyttet til at de private leverandørene har blitt sanksjonert for å ikke oppfylle språkkrav, samtidig som kommunen selv ikke har systematisk oversikt over om de oppfyller språkkrav i egen tjeneste (Byrådsavdeling for helse, 2025).

En informant fra et tildelingskontor fortalte også at det kan være positivt for kvaliteten at de private leverandørene kan avlaste kommunen i perioder med lav kapasitet. Eksempelvis fortalte informanten at kommunens kapasitet på natt-tjenesten var fylt opp, og da var det avgjørende at de kunne tilby nattjeneste fra de private leverandørene i en periode.

Et annet argument for økt kvalitet er økt mangfold av leverandører. I en kommune i Sverige har LOV-systemet hatt positive effekter på språktilbudet i hjemmetjenesten. Flere leverandører har spesialisert seg på tjenester på ulike språk, slik at brukere i noen tilfeller kan velge leverandør ut fra ønsket språk. Ifølge ansatte i kommunen opplever brukerne dette som svært positivt. Det er også mulig å se for seg andre former for mangfold som kan komme brukerne til gode. Leverandørene kan for eksempel spesialisere seg på ulike målgrupper, som personer med kognitiv svikt eller kreft.

Kjøp av tilleggstjenester

Både i Norge, Sverige og Danmark har det vært mulighet for at brukere kan kjøpe tilleggstjenester av den private leverandøren av hjemmesykepleie. Tilleggstjenestene omfatter for eksempel renhold, følge til aktiviteter og sosial oppfølging som selskap under måltider.

Informanter fra både Danmark og Norge oppga at relativt få kjøper disse tjenestene. Kommunen fatter vedtak om praktisk bistand og hjemmesykepleie basert på brukernes behov. Dersom brukere kjøper de samme tjenestene som de allerede har vedtak på, kan kommunen vurdere at behovet for kommunal hjelp er redusert, og dermed redusere vedtak.

En annen mulig årsak til at få benytter seg av det er at det tidligere har vært strenge markeds-føringsregler for disse tjenestene. Videre forklarte en informant fra en arbeidstakerorganisasjon at tjenestene oppleves som dyre, med en timepris på rundt 700 kroner.

Flere informanter pekte på kulturforskjeller mellom generasjoner som en forklaring på hvorfor få benytter seg av det. Eldre kjøper i mindre grad tjenester, og det sitter lengre inne for dem å benytte seg av det. Yngre generasjoner har vokst opp med at det er mer vanlig å kjøpe tjenester som for eksempel vaskehjelp, og man kan derfor forvente økt etterspørsel framover. En informant fra en privat leverandør fortalte at yngre brukere er noe overrepresentert blant de som kjøper tilleggstjenester. En annen informant fortalte at de opplever at stadig flere benytter seg av dette.

Flere informanter fra private leverandører fortalte at et kjennetegn ved de som kjøper tilleggstjenester er at de har fått redusert et vedtak. De opplevde at kommunen nå kutter i omfang og innholdet av praktisk bistand, og at de opplever noe økt etterspørsel som følge av dette. Informanten opplevde at kjøpene både handler om behov for renhold og om sosiale og omsorgsmessige behov. De opplevde etterspørsel både fra personer med og uten tidligere erfaring med private leverandører.

En annen informant fra en privat leverandør fortalte at det i hovedsak er renholdstjenester som kjøpes, og svært få etterspør følge til aktiviteter eller sosial oppfølging. Videre fortalte informanten at det i stor grad er pårørende som tar initiativ til å kjøpe tilleggstjenestene.

5.2 Effekter på innovasjon og omstillingsarbeid

Erfaringer fra intervju med aktører i Sverige og Danmark tilsier at det er bredere enighet om at fritt brukervalg bidrar til økt effektivitet og innovasjon, fordi de private leverandørene driver innovasjonen fremover. I Norge viser våre intervjuer at det er ulike oppfatninger om hvordan fritt brukervalg påvirker effektivitet, innovasjon og bruk av ny teknologi.

Noen informanter opplever at private leverandører ikke har insentiv til eller ønske om å øke effektiviteten ved å for eksempel innføre nye teknologiske løsninger. Dette har blitt knyttet opp til at de private leverandørene har fått betalt per utførte time i noen kontrakter, og at de derfor ikke ønsker å redusere timeantallet ved å ta i bruk nye løsninger. Et motargument fra informanter fra private leverandører og arbeidsgiverorganisasjoner er at de private leverandørene tilbyr flere tjenester enn bare hjemmesykepleie, og at de derfor har insentiv og ønske om implementering og utvikling på tvers av tjenestene.

Det trekkes også frem at de private leverandørene er pålagt bruk av velferdsteknologi i kontraktene, og at de derfor anvender dette i like stor grad som kommunen. Informanter trakk også frem at det private har andre muligheter for å investere. Mange

kommuner har trang økonomi og lite rom for investeringer, og private leverandører kan ha et fortrinn med tanke på innovasjon som innebærer et investeringsbehov. I Sverige har frykten for konkurs blitt trukket frem som et sentralt argument for hvorfor de private har insentiv til å drive mer effektivt enn kommunen (Samling för Välfärd, 2025).

Private leverandører pekte i intervjuene på at kontraktene kan begrense deres mulighet til å drive med innovasjon og utvikling, fordi de for eksempel pålegger bruk av visse løsninger og teknologi.

I intervju oppga en informant fra en kommune i Sverige at kommunen ikke opplever økt effektivitet som følge av fritt brukervalg i sin kommune. De hadde opplevd at insentivene for effektivitet først og fremst lå på ledernivå, og at det var vanskelig å få til bedre og mer effektiv drift i praksis, fordi de ansatte i tjenesten ikke hadde insentiv til å endre måten de jobbet på.

En annen informant fra Sverige fortalte at deres erfaring er at private leverandører ofte oppnår høyere effektivitet fordi de kun arbeider med helse- og omsorgstjenester, og dermed kan skreddersy alle prosesser og arbeidsmåter til disse tjenestene. Den kommunale hjemmesykepleien inngår i en bredere organisasjon med mange ulike oppgaver, og dette gjør det vanskeligere å optimalisere rutiner og ressursbruk. Informanten pekte også på at kommuner må følge anskaffelsesregler og gjøre alle innkjøp via formelle prosesser, og at dette kan være både tidkrevende og dyrt. Private aktører står friere og kan for eksempel velge de rimeligste bilene på markedet.

5.3 Arbeidsvilkår og rekruttering

5.3.1 Arbeidstid og stillingsprosent

Informanter trakk frem i intervju at private leverandører har noe mer fleksibilitet knyttet til arbeidstidsordninger, og at de i større grad har mulighet til å tilpasse seg ønsker fra de ansatte om annen turnus. Samtidig fortalte informanter fra de private leverandørene og arbeidstaker-organisasjoner at det generelt er lite rom for fleksibilitet i arbeidstidsordninger i hjemme-tjenesten gitt rammene fra arbeidsmiljøloven.

Informanter fra flere aktørgrupper fortalte i intervjuer at mange kombinerer en stilling i kommunen med en stilling hos en privat leverandør. Flere pekte på at ansatte ofte har en deltidsstilling i kommunen, og i tillegg tar tilkallingsvakter hos private leverandører. Det er delte meninger om fordelene og ulempene ved slike tilleggsvakter. Noen framhever at ansatte opplever det som positivt å kunne kombinere flere stillinger for å øke stillingsprosenten, mens andre mener at tilkallingsvaktene ofte er korte eller lagt til ubekvemme arbeidstider, slik at ansatte i det private får kortere vakter enn de ønsker.

Uavhengig av leverandør ble det trukket frem i intervju at langvakter er lite egnet for hjemme-tjenesten, fordi det er en arbeidshverdag uten rolige perioder. Det ble for eksempel trukket frem at mange har 15-20 besøk på én vakt og at en langvakt med 30-40 besøk vil være for krevende for de ansatte.

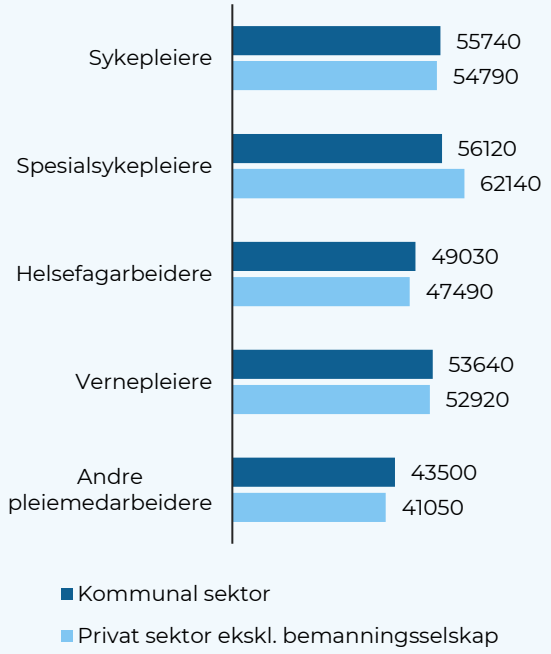
5.3.2 Lønn og pensjon

Det overordnede inntrykket fra intervjuene er at kommunen tilbyr bedre lønnsbetingelser enn de private leverandørene. Dette gjelder spesielt for Oslo hvor det kommunale lønnsnivået ligger høyere enn i resten av landet.

Det finnes tilgjengelig informasjon om lønnsnivået i kommunal og privat sektor på tvers av ulike helsetjenester, men vi har ikke identifisert lønnsstatistikk for hjemmesykepleien isolert sett. Lønnstall fra SSB fra 2023 viser at avtalt månedslønn er noe høyere i privat sektor, men utbetalt lønn er høyere i kommunal sektor fordi det er mer bruk av overtidsbetaling i kommunen (Rekdal, 2025). For sykepleiere er utbetalt lønn i privat sektor 1,7 prosent lavere enn i kommunal sektor; for helsefagarbeidere er den 3,1 prosent lavere, og for andre pleiearbeidere 5,6 prosent lavere (Figur 5-1). For spesialsykepleiere er bildet motsatt, hvor utbetalt lønn er 10,7 prosent høyere i privat sektor enn i kommunal sektor. Videre viser tallene at forskjellen mellom privat og kommunalt lønnsnivå er størst i Oslo. Dette henger sammen med at Oslo kommune er lønnsledende (Rekdal, 2025). I Danmark fortalte informanter at det er omtrent de samme lønnsbetingelsene hos private og kommunale leverandører.

Arbeidstakerorganisasjoner uttrykte i intervjuene bekymring for at private leverandører kutter i pensjonskostnader for å unngå underskudd. Lov om obligatorisk tjenestepensjon § 4 og Lov om pensjonsordning for sykepleiere § 1 legger imidlertid noen begrensninger i mulighetene til dette. Sykepleiere har en særordning som innebærer at sykepleiere i privat sektor har offentlig tjenestepensjon. Det betyr at en sykepleier ansatt hos en privat leverandør har like god pensjon som en sykepleier i kommunen. For øvrige yrkesgrupper er det mulig at kommunalt ansatte har bedre pensjonsordninger, men vi har ikke tilgjengelig data som kan bekrefte eller avkrefte dette.

Figur 5-1: Gjennomsnittlig utbetalt månedslønn i kroner (inkl. overtid) i helse og omsorg i 2023



Kilde: Lønnsstatistikk i utvalgte yrker i helse og velferd (Rekdal, 2025)

5.3.3 Arbeidsmiljø og sykefravær

Tilsvarende som for lønnsstatistikken har vi kun data for sykefravær på et overordnet nivå for helse- og omsorgstjenesten, og ikke for hjemmesykepleien isolert. Når vi sammenholder sykefraværet blant helsearbeidere i kommunal sektor i 3. kvartal 2024 med privat sektor, fremkommer det at sykefraværet var noe høyere i privat enn i kommunal sektor: 8,4 prosent i privat sektor mot 7,1 prosent i kommunal sektor (NHO Geneo, 2024).

Når det kommer til arbeidsmiljø, fremkommer det delte meninger om arbeidsmiljøet er bedre, dårligere eller likt hos private sammenlignet med kommunale leverandører. På den ene siden fortalte informanter fra de private leverandørene om mulighet til mer påvirkning og medbestemmelse hos de private. På den andre siden fortalte andre informanter fra arbeidstakerorganisasjoner om varierende grad av oppfølging og organisering hos enkelte private leverandører. De private leverandørene leverer tjenester til færre brukere spredt over et større område, sammenlignet med den kommunale tjenesten. Det innebærer at en større andel av dagen går til kjøring, noe som enkelte informanter fortalte at de ansatte ikke ønsket å bruke mye tid på.

En eldre studie fra Danmark finner tydelig forskjell i arbeidsmiljø mellom ansatte ved private leverandører sammenlignet med offentlige leverandører av hjemmetjenester (Rostgaard, 2017). De privat ansatte opplever i større grad å arbeide alene i situasjoner hvor det normalt er behov to medarbeidere, har mindre tid til å drøfte utfordringer med kollegaer, må oftere utføre tyngre fysiske oppgaver og går oftere glipp av lunsjpausen. De opplevde også å ha mindre tilgang til videreutdanning. Studien baserte analysen av arbeidsforholdene på en spørreundersøkelse gjennomført i 2015 og 2016.

5.3.4 Rekruttering og bemanning

Majoriteten av informantene erfarte at den største utfordringen for hjemmesykepleien er mangel på personell, uavhengig av organiseringen av tjenesten. I intervju uttrykte likevel flere kommunalt ansatte en bekymring for at helsepersonell vil slutte i kommunal sektor dersom det etablerer seg en privat leverandør av hjemmesykepleie i kommunen.

Erfaringer fra kommuner som har hatt fritt brukervalg er at det generelt er få ansatte som bytter jobb mellom privat og kommunal hjemmetjeneste, og at de fleste blir i jobben sin lenge. En informant fra en norsk kommune fortalte at de hadde opplevd at det var en del som byttet rett etter etablering av en privat leverandør av hjemmesykepleie, men at andelen som byttet flatet ut etter hvert.

En informant fra en arbeidstakerorganisasjon fortalte at inntrykket deres er at helsepersonell velger jobb basert på arbeidsoppgaver, og ikke er så opptatt av om leverandøren er kommunal eller privat. Videre fortalte informanten at noen kan velge etter type turnus, men at dette er vanligere for andre typer tjenester enn hjemmesykepleien. En annen informant fortalte likevel at noen kan ønske å velge private fordi de kan tilby noe annerledes turnuser og vilkår, mens andre velger kommunal fordi de opplever større trygghet i lønn og pensjon.

En informant fra en kommune fortalte at det kan oppstå uklarhet rundt ledernes rolle når private leverandører kommer inn i hjemmesykepleien. Siden kommunen har det overordnede ansvaret for kvaliteten, blir det ikke nødvendigvis tydelig hva som skal være et felles ansvar, og hva som skal være et særskilt ansvar for lederne hos henholdsvis kommunale og private leverandører.

6. Forutsetninger for et bærekraftig leverandørmarked

Et velfungerende leverandørmarked er en forutsetning for at fritt brukervalg i hjemmesykepleien skal fungere over tid. Leverandørenes økonomiske bærekraft påvirkes blant annet av prismodeller, brukervolum ved oppstart og over tid, fordeling av brukere som ikke tar aktivt valg, og graden av forutsigbarhet i ordningen.

For at fritt brukervalg i hjemmesykepleien skal fungere godt, må rammebetingelsene for leverandørene være tilstrekkelig gode til at det finnes leverandører som ønsker å levere tjenesten over tid. Med et velfungerende leverandørmarked kan kommunen og brukerne av hjemmesykepleie forholde seg til den eller de samme leverandørene over tid.

6.1 Prismodell

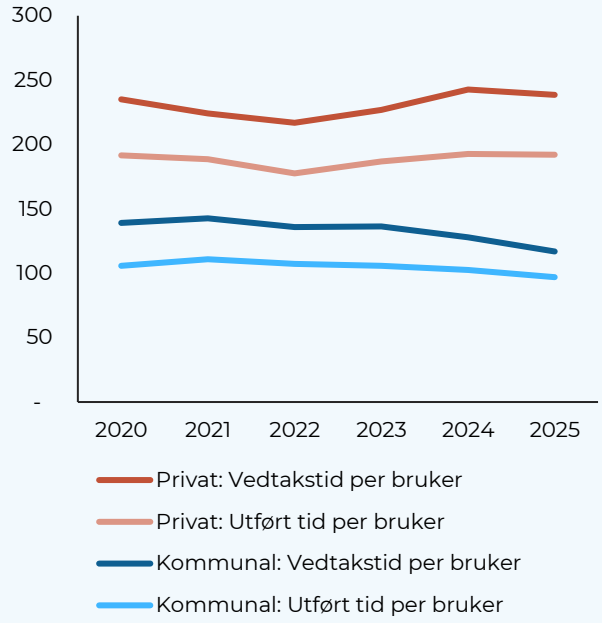
En sentral faktor for å sikre et bærekraftig leverandørmarked er prismodellen som ligger til grunn for betaling av de eksterne leverandørene. Modellen må være transparent og forutsigbar for leverandørene, i tillegg til at prisnivået må være tilstrekkelig til å sikre nødvendig lønnsomhet.

6.1.1 Kommunens beregning av egne kostnader

For at ikke fritt brukervalg skal bidra til en dyrere tjeneste for kommunen, kan ikke satsene til de private leverandørene være høyere enn kommunens egne kostnader til hjemmesykepleie. Det er derfor kommunens beregninger av kostnader som ligger til grunn for prisene for de private leverandørene. Samtidig erfarer flere kommuner at den kommunale tjenesten er effektiv, og at det derfor er lite grunnlag for inntjening for private leverandører.

En studie fra 2013 viser at innføring av fritt brukervalg kan gi kommunen bedre oversikt over kostnadsstrukturen i kommunens egen hjemmetjeneste og dermed bedre styring og effektivitet. Studien viser samtidig at innføringen kan lede til økte administrative kostnader knyttet til gjennomføring av anbudene og oppfølging av leverandørene (Fürst & Høverstad, 2013). Kommunene bør derfor utrede forventet betydning av innføring av fritt brukervalg for kostnads-utviklingen, både knyttet til administrasjon og oppfølging av ordningen, og selve kostnadene til de private leverandørene.

Figur 6-1: Gjennomsnittlig vedtakstid og utført tid per bruker i Oslo, 2020-2025



Kilde: Oslo kommunes fagsystem.

Flere av informantene har i intervjuer også påpekt at det ofte er utfordrende for kommunene å fremskaffe gode kostnadsdata, og at det er viktig at kommunen ikke undervurderer egne kostnader. Et eksempel på et spørsmål det har vært debatt om, er hvor mange timer som skal inngå i et årsverk ved beregning av prisen de private leverandørene skal få per utførte time. Dersom kommunen tar utgangspunkt i alle timene i et årsverk, og ikke bare de timene som faktisk går til utført tjeneste, vil timesatsen kunne bli satt for lav. Lignende erfaringer er også gjort i Sverige, hvor private aktører opplever satsene og justering av satsene som utfordrende (Arwidson & Fornstedt, 2023).

6.1.2 Alternative prismodeller

Det er mulig å innrette prismodellen for de private leverandørene på ulike måter. Grunnlaget for fakturering kan for eksempel være vedtakstid, medgått tid eller hvilke oppgaver som utføres.

Tidskartlegging fra Oslo viser at utførte timer ligger lavere enn vedtakstimer (Figur). Det skyldes blant annet at vedtaket ikke endres selv om en bruker i en kort periode ikke trenger hjemmesykepleie, for eksempel på grunn av reiser eller besøk av pårørende som kan hjelpe til.

På den ene siden gir fakturering for utførte timer betaling for tjenestene som faktisk har blitt levert. Samtidig kan det være utfordrende for private leverandører at de må planlegge etter vedtakstid for å ha kapasitet til, men kun få betalt for utført tid. Å fakturere for utført tid krever også at kommunene har tillit til rapportering og registrering fra de private leverandørene, eller at man har et elektronisk system for registrering av tid på oppdrag. Sistnevnte har vært prøvd ut i noen kommuner i Sverige. En utfordring med å ha faktureringsmodell basert på utførte timer, er at de private leverandørene har økonomisk insentiv til å øke utførte timer, noe som kan svekke insentivene for innovasjon.

Dersom de private leverandørene skal fakturere for vedtakstimer, er det viktig at man har et system for å sikre at leverandøren melder behov for revurdering dersom timene i vedtaket over tid ikke samsvarer med behov.

En annen utfordring er å sikre at kontrakten tar hensyn til hvordan antall brukere, besøk og tid som medgår til reise kan påvirke kostnader og pris. Ved kort varighet på besøket eller flere brukere må mer av tiden brukes til reise. Det kan også være utfordrende hvis flere av brukerne er lokalisert spredt fra hverandre. De private leverandørene har ofte færre brukere og tilbyr tjenester over et større område enn bydeler/soner. De bruker derfor en større andel av tiden på reise.

6.2 Kontraktsfestede krav til private leverandører

I tillegg til pris, regulerer kontrakten med de private leverandørene flere krav som kan påvirke leverandørenes bærekraft. Disse kravene er et sentralt virkemiddel for kommunen i styringen av de private leverandørene, og kommunen må gjøre avveiinger blant annet knyttet til kvalitet, fleksibilitet, innovasjon og administrative kostnader. Hvordan kravene utformes, og hvordan de følges opp i praksis, har betydning både for hvem som etablerer seg som leverandører og hvilke effekter ordningen kan få over tid.

De private leverandørene fortalte i intervjuene at det kan være en utfordring at kravene i kontrakten ikke er tilpasset deres brukergruppe. Som et eksempel trakk en leverandør fram et krav om at en viss andel brukere skulle ha elektroniske medisindispensere, selv om mange av brukerne deres ikke kunne håndtere disse. Leverandøren opplevde dermed at de måtte bruke ressurser på tiltak som ikke ga bedre kvalitet eller effektivitet. Samtidig opplevde informanter fra kommunene at det kan være en utfordring å samkjøre bruk av velferdsteknologi med de private leverandørene, og ønsket derfor å kontraktsfeste bruk av samme teknologi.

En kommunalt ansatt påpekte i intervju at kommunen bør vurdere hvilke krav som skal stilles til praksisplasser hos de private leverandørene. Den kommunale hjemmesykepleien er en viktig arena for praksisplasser for helsepersonell. Særlig dersom de private leverandørene utgjør en stor del av markedet, er det viktig at de også bidrar til utdanning av helsepersonell.

På tvers av de ulike informantgruppene, er det flere som har påpekt at krav til private leverandører er et sentralt, men krevende virkemiddel innen fritt brukervalg. For strenge eller omfattende krav kan begrense leverandørenes ønske om å tilby tjenester og redusere vilje til innovasjon, mens mangel på hensiktsmessige krav kan øke behovet for oppfølging fra kommunens side. Kravene i kontrakten bør ses i sammenheng med lokale forutsetninger og kapasitet til administrasjon og kontroll.

6.3 Antall brukere med privat leverandør

Økonomisk bærekraft henger også sammen med omfanget av brukere som velger hver leverandør. Hvis volumet er lavt, og brukerne i tillegg er spredt, gjør dette det vanskelig å drive en effektiv tjeneste. Sentrale faktorer som påvirker antallet brukere per leverandør, fordeling av «ikke-velgere» og antall leverandører i markedet.

6.3.1 Fordeling av ikke-velgere

Måten såkalte «ikke-velgere» fordeles mellom leverandørene, både den kommunale og private, har betydning for antall brukere hos hver leverandør.

I Norge har alle kommunene som har eller hatt fritt brukervalg hatt en ordning hvor «ikke-velgere», det vil si de som ikke tar et aktivt valg om leverandør, får tildelt kommunen. Både fagpersonell i en kommune som har erfaring med fritt brukervalg og private leverandører fortalte i intervjuene at de opplever at denne ordningen skaper en «innlåsningseffekt»: Når brukeren først får kommunen som leverandør, må vedkommende

aktivt ta initiativ til å bytte hvis brukeren ønsker en annen leverandør. Dette kan oppleves krevende, blant annet fordi det kan skape ubehag i relasjonen til nåværende ansatte, eller fordi brukeren kan være redd for å fornærme dem.

I 2025 gjennomførte Drammen en utredning om ny innføring av fritt brukervalg. De private leverandørene oppga da at fordelingsnøkkelen av ikke-velgere er en av de store utfordringene med dagens ordning i de kommunene de opererer i (Drammen kommune, 2025). Dette har også vært en sak i bystyret i Oslo, og i 2024 ba bystyret byrådet om å utrede en likere fordeling mellom aktørene som leverer hjemmetjenester. Videre ba bystyret byrådet om å gjøre aktive tiltak for å sikre ordningen med fritt brukervalg skulle bli kjent (Oslo kommune byrådet, 2024). I intervju oppga private leverandører at de anslår at 10 til 20 prosent av brukerne må velge dem for at de skal kunne drive lønnsomt, men at dette vil avhenge av lokale forhold i kommunene som for eksempel vedtakstid og antall besøk, kjøreavstand og bompenger. En annen leverandør estimerte at de trengte et minimumsgrunnlag på 100-150 brukere hvis de skal klare å få det til å gå rundt.

I Danmark og i flere svenske kommuner har de organisert fordelingen av «ikke-velgere» annerledes. Disse stedene er det også en høyere andel som har en privat leverandør. I Danmark *må* brukeren ta et aktivt valg om leverandør. I Sverige har de i noen kommuner fordelt «ikke-velgere» basert på geografisk nærhet til leverandør, mens andre kommuner har fordelt «ikke-velgere» basert på en rullerende liste mellom leverandører. I Sverige er det også kommuner der det er kommunen som får tildelt «ikke-velgerne».

I noen norske kommuner har det vært diskutert om det er riktig å kalle ordningen «fritt brukervalg» hvis «ikke-velgere» kan bli tildelt en privat leverandør. Enkelte argumenterer for at det er et dilemma at kommunen indirekte foretar et valg på vegne av innbyggeren. Dersom kommunen fordeler innbyggere som ikke aktivt kan eller vil velge, vil kommunen potensielt kunne gjennomføre noe som er i strid med hva innbyggeren ville valgt dersom hen hadde gjort et valg. Videre argumenterer de for at brukervalgordningen har som en grunnleggende forutsetning at innbyggeren faktisk kan velge, og at det vil skape et etisk dilemma dersom kommunen setter hensynet til markedet foran mulige ønsker hos innbyggere. De påpeker at mange i denne gruppen er særlig sårbare, og at det er kommunen som bærer ansvaret for tjenesten og etter loven har hovedansvaret for at oppgavene blir utført i tråd med en kvalitativt forsvarlig standard. Derfor anbefaler de at brukere som ikke tar aktivt valg, får tildelt kommunen som leverandør.

Et motargument til dette er at det å tildele den kommunale leverandøren også er et valg, og at det kan tenkes at innbyggeren ville valgt en privat leverandør dersom hen var i stand til å velge. Tildeling av leverandør fratar heller ikke innbyggeren mulighet til å senere bytte til en annen leverandør.

6.3.2 Antall leverandører i markedet

Antall leverandører i markedet har betydning for leverandørenes økonomiske bærekraft. Dersom det er mange leverandører i forhold til volumet av brukere, kan hver enkelt aktør få for få brukere til å kunne sette drive effektivt og ha en stabil bemanning. Dette er viktig for at driften skal være bærekraftig og robust.

Antall leverandører kan også ha betydning for leverandørenes vilje til å investere i kompetanse-utvikling og innovasjon. Dersom marked er preget av små marginer og høy usikkerhet, kan dette redusere leverandørenes vilje til å jobbe med forbedringer der gevinstene først kommer på mellomlang til lang sikt. For kommunen innebærer dette at vurderinger av antall leverandører ikke bare handler om konkurranse, men også om å sikre stabile rammevilkår som gjør det mulig for leverandørene å ha en stabil drift og videreutvikle tjenestetilbudet. Dette er også i tråd med erfaringene fra en norsk kommune med fritt brukervalg, som i utgangspunktet hadde planlagt å åpne for avtale med to private leverandører. I forarbeidet med ordningen bestemte kommune seg for år redusere til én leverandør slik at den ene leverandøren kunne få flere brukere og lavere risiko for underskudd.

6.3.3 Kritisk brukermasse ved oppstart

For at de private leverandørene skal kunne drive lønnsomt, er det viktig å sikre en kritisk bruker-masse allerede fra oppstart. Private leverandører har store kostnader knyttet til å etablere seg på et nytt sted. Samtidig er det få brukere som bytter leverandør underveis i tjenesteforløpet, og leverandørene forventer at det vil være få som aktivt velger å bytte ved innføring av ordningen til at det alene kan sikre lønnsomhet. En privat leverandør fortalte at erfaringene fra kommuner med fritt brukervalg har gjort dem mer bevisste på hvilke krav de stiller til kommunens rolle i å sikre en tilstrekkelig brukermasse.

Det tar lang tid å bygge opp en kritisk brukermasse dersom de private leverandørene er avhengig av at brukerne selv aktivt bytter. De private leverandørene understreker derfor at drahjelp fra

kommunen for å sikre kritisk masse fra start er avgjørende for at de skal ønske å inngå kontrakt. I arbeidet med å planlegge innføring av fritt brukervalg, er det derfor viktig at kommunen tenker på hvordan de kan sikre at de private leverandørene får en tilstrekkelig brukermasse fra start. Hva som er en tilstrekkelig brukermasse vil kunne variere mellom kommuner, for eksempel avhengig av hvordan befolkningen i kommunen er bosatt, eller om leverandøren kan ha stordrifts-fordeler fordi de tilbyr samme tjeneste i en nabo-kommune.

6.4 Samarbeid mellom kommunen og de private leverandørene

Et godt samarbeid mellom kommunen og de private leverandørene bidrar til et velfungerende og bærekraftig leverandørmarked. God dialog bidrar til å skape forutsigbarhet rundt krav og forventninger fra kommunen, samtidig som leverandørene får mulighet til å gi innspill om utfordringer og forbedringsmuligheter. Godt samarbeid bidrar til å redusere risiko for misforståelser mellom kommunen og de private leverandørene, og dette er sentralt for at fritt brukervalg skal fungere godt.

I Intervju med kommuner som har, har hatt eller vurderer å innføre fritt brukervalg fortalte informantene at de opplever god dialog mellom kommunen og de private leverandørene. Flere private leverandører etterspør likevel tettere dialog og samarbeid med kommunen, og fortalte i intervju at det stor variasjon mellom bydelene i Oslo om hvor tett samarbeidet er. Det ble særlig trukket frem et ønske om mer faglig samarbeid, og det ble påpekt at mye av den nåværende dialogen handler om fakturering og økonomi, og at det er lite tid igjen for faglige diskusjoner om tjenesten og brukere. Videre opplever de private leverandørene at de blir inkludert for sent når det blir satt i gang nye prosjekter i kommunen. Noen informanter opplevde også at det er et forbedringspotensial i tillitsforholdet mellom private leverandører og kommunen.

Informanter fra kommuner i Sverge fortalte om blandede erfaringer når det kommer til samarbeid og dialog med de private aktørene. Dette kan ha en sammenheng med at noen kommuner har svært mange private aktører å forholde seg til. I Stockholm fortalte kommunen for eksempel at de har 134 private hjemmetjenestekontor i kommunen som de følger opp. En svensk rapport peker på utfordringer med samarbeid og dialog innenfor hjemmetjenesten som en av de viktigste faktorene for arbeidsmiljø og kvalitet på tjenesten. Kommunalt administrativt ansatte med ansvar for hjemmetjenesten rapporterer at de sjeldnere er i dialog med private leverandører sammenlignet med kommunale leverandører om hvordan målene med virksomheten oppfylles (Socialytelsen, 2025).

6.5 Kontinuitet i ordningen

Kontinuitet og forutsigbarhet i ordningen med fritt brukervalg er en viktig rammebetingelse for et bærekraftig leverandørmarked. Når ordningen i stor grad kan påvirkes av endringer i politisk ledelse, og både kan avvikles eller endres betydelig, innebærer dette en usikkerhet for private leverandører. Denne risikoen kan gjøre det mindre attraktivt å etablere seg i nye kommuner eller å investere i langsiktig kvalitets- og kompetanseutvikling. Samtidig har både kommunen og leverandørene behov for stabile rammer for å kunne utvikle tjenestene over tid, etablere gode samarbeid og tillit og sikre kontinuitet for brukerne.

De private leverandørene fortalte i intervju at rammeavtale som går på tvers av valgår kan bidra til å redusere opplevd risiko. Langsiktige avtaler gir leverandørene større trygghet for at investeringer i rekruttering, opplæring og kvalitetsutvikling blir lønnsomme, og ikke viser seg å være ulønnsomme som følge politiske omprioriteringer. For kommunen kan rammeavtaler med lengre tidshorisont legge til rette for mer strategisk utvikling av tjenestene og bedre samhandling med leverandørene. En slik forutsigbarhet kan også bidra til at partene utvikler felles forståelse av kvalitetskrav og utfordringer i tjenesten.

7. Kostnader og mulige besparelser

Selve utførselen av tjenesten utgjør den største delen av kostnadene i hjemmesykepleien. I noen kontrakter konkurrerer de private om å levere god kvalitet til lavest mulig kostnad, i andre kontrakter konkurrer man om kvalitet innenfor samme kostnadsramme som det kommunale tilbudet. Fritt brukervalg kan føre til samfunnsøkonomiske besparelser hvis det bidrar til økt innovasjon og effektivisering. På den andre siden gir brukervalg kostnader knyttet til oppstart og administrasjon for både kommunen og leverandørene. Det er nødvendig med tilstrekkelig antall brukere per leverandør for å sikre stordriftsfordeler og økonomisk bærekraft. Hvis det er mange leverandører, øker også oppfølgingskostnaden for kommunen.

7.1 Kostnader i hjemmesykepleien

7.1.1 Overordnede kostnadskategorier

Kostnadene ved hjemmesykepleie er knyttet til en rekke innsatsfaktorer og aktiviteter, inkludert selve tjenesteutførelsen og kommunens oppfølging av tjenesteleverandører. Kostnadspostene har ulike egenskaper og stor variasjon i omfang. Vi har identifisert tre hovedkategorier av kostnader ved hjemmesykepleien (Figur 7-1), herunder direkte og indirekte tjenestekostnader samt kostnader til administrasjon og ledelse.

Direkte tjenestekostnader er kostnader som oppstår i selve tjenesteutførelsen, og som i stor grad varierer med antall brukere. Dette er i stor grad variable kostnader som øker for hvert hjemmebesøk, og inkluderer for eksempel arbeidskraftkostnader til den ansatte, transportutgifter, utgifter til utstyr og andre variable kostnader. Direkte tjenestekostnader treffer leverandøren av tjenesten, uavhengig av om de er kommuner eller en private aktører.

Indirekte tjenestekostnader oppstår som følge av tjenesteutførelsen, inkludert biler og lokaler. Disse kostnadene er i større grad faste kostnader sammenlignet med de direkte tjenestekostnadene. De øker ikke for hver enkelt bruker, men vil likevel

Figur 7-1: Overordnede kostnadskategorier

variere noe med antall brukere ettersom store økninger i antall brukere vil kreve økt kapasitet i infrastrukturen. Dersom nye leverandører skal etablere seg vil de ha behov for infrastruktur som biler og lokaler, og derfor vil indirekte tjenestekostnader samlet øke når antall leverandører blir større, uavhengig av antall brukere. Indirekte tjenestekostnader treffer leverandøren av tjenesten, uavhengig av om de er kommuner eller en private aktører.

Kostnader til administrasjon og ledelse inkluderer lederlønninger og ressursbruk knyttet til støttefunksjoner som juss, økonomi og HR. Ressursbruk ved administrasjon og ledelse varierer i liten grad med antall brukere, ettersom tjenesteleverandører ofte vil ha behov for den samme kapasiteten selv om det blir flere eller færre brukere. Av samme grunn vil disse kostnadene øke i takt med antall leverandører, da hver leverandør vil ha behov for de samme administrasjons- og ledelsesfunksjonene. Deler av administrasjons- og ledelseskostnader treffer leverandørene, uavhengig av om de er kommunale eller private aktører.

Samtidig er det deler av kostnadene til administrasjon og ledelse i hjemmesykepleien som bare treffer kommunen. Dette er kostnadene knyttet til å forvalte tjenestetilbudet, inkludert sørge for-ansvaret, og å utøve kommunens bestillerfunksjon på tjenesteområdet. Disse kostnadene inkluderer blant annet kontraktsoppfølging, kvalitetsoppfølging, anskaffelser, internkontroll og kommunikasjon. Kostnadene treffer kommunen «sentralt», og er kostnader som i liten grad varierer med antall brukere.

7.1.2 Omfang, timepris og fordeling

De totale utgiftene knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var i 2023 på over 92 milliarder kroner for hele landet (Statistisk sentralbyrå, 2025). Vi har ikke oversikt over hvor stor andel av dette som er knyttet til hjemmesykepleie spesifikt, sammenlignet med andre omsorgstjenester i hjemmet, og vi kan derfor ikke anslå totalkostnader ved hjemmesykepleie på landsbasis. I Kristiansand var de totale kostnadene ved hjemmesykepleie 391 millioner kroner i 2024, og dette utgjorde litt over 3 prosent av de totale utgiftene til kommunen (Tabell 7-1). Utgiftene i hjemmesykepleien tilsvarte rundt 120 000 kroner per bruker og 940 kroner per time.

Drammen kommune har estimert hvordan timekostnaden for en time hjemmesykepleie fordeler seg på ulike kostnadskategorier (Drammen kommune, 2025). De fant at over 80 prosent av kostnadene er direkte tjenestekostnader, mens

Tabell 7-1: Nøkkeltall om kostnader ved hjemmesykepleie i Kristiansand kommune

Nøkkeltall (2024)	Verdi
Totale kostnader til hjemmesykepleie	391 mill. kr.
Antall unike brukere av hjemmesykepleie	3 265
Antall timer hjemmesykepleie levert	415 206
Totale kostnader per bruker	119 649 kr.
Totale kostnader per time	941 kr.
Brutto driftsutgifter totalt i kommunen	12,1 mrd. kr.
Totale kostnader til hjemmesykepleie som andel av totale kommunale utgifter	3,2%

Kilde: Kostnadstall fra Kristiansand kommune og SSB-tabell 12858

Tabell 7-2: Fordeling av timekostnad ved hjemmesykepleie

Kostnadsposter	Beløp per time	Andel
Direkte tjenestekostnader	**825**	**84%**
Lønn (ekskl. sykevikar)	602	61%
Sykevikar	42	4%
Pensjon	65	7%
Arbeidsgiveravgift	103	11%
Medisinsk forbruksmateriell	13	1%
Indirekte tjenestekostnader	**73**	**7%**
Kjøretøy	43	4%
Annen drift	6	1%
Byggkostnader direkte	24	2%
Administrasjon og ledelse	**81**	**8%**
Administrasjon og ledelse	81	8%

Kilde: (Drammen kommune, 2025). Vi har skjønnsmessig fordelt kostnadene i våre definerte kostnadskategorier

Tabell 7-3: Merkostnader for kommunen ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleie

Kostnadsposter	Verdi
Administrasjon og ledelse	
Administrasjonskostnad til private	9 mill. kr. per år
Transaksjonskostnader og implementerings- og omstillingskostnader	
Ekstrakostnader til oppfølging og kvalitetssikring	1,5 mill. kr. per år
Forberedelser og anskaffelse i forbindelse med innføring	1 mill. kr. (ved innføring)

Kilde: (Drammen kommune, 2025). Vi har skjønnsmessig fordelt kostnadene i våre egendefinerte kostnadskategorier (se kap.6.3)

indirekte tjenestekostnader og administrasjon og ledelse står for mindre enn 10 prosent hver (Tabell 7-2)

Drammen kommune har også estimert merkostnadene for kommunen ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleie (Drammen kommune, 2025). De fant at administrasjonskostnadene vil utgjøre 9 millioner kroner (Tabell 7-3), samtidig som kommunen ikke vil kunne redusere sine kostnader til administrasjon av tjenesten. Videre estimerer Drammen kommune at merkostnaden for kommunen ved oppfølging og kvalitetssikring av leverandører vil utgjøre 1,5 millioner kroner i året, og at det øker ressursbruken på forberedelser og anskaffelser ved innføring.

7.2 Konsekvenser av fritt brukervalg for leverandørene

Innføring av fritt brukervalg kan føre til både gevinster og økte kostnader knyttet til selve tjenesteutførelsen, avhengig av hvordan kostnadene i både styring og drift av tjenesten påvirkes. Dette avhenger igjen av ulike kostnaders egenskaper. I det følgende beskriver vi hvordan fritt brukervalg kan føre til både kostnadsbesparelser og økte kostnader for tjenesteleverandørene.

7.2.1 Mulige kostnadsbesparelser for leverandørene

Fritt brukervalg kan føre til kostnadsbesparelser dersom det bidrar til at tjenesten drives mer effektivt. For at dette skal være tilfelle må fritt brukervalg ha en effekt på de direkte tjenestekostnadene, for eksempel gjennom innovasjon i tjenesten.

Effekten på direkte tjenestekostnader avgjør om fritt brukervalg lønner seg

Hvis vi tar utgangspunkt i beregningene til Drammen kommune (Tabell 7-2), utgjør direkte tjenestekostnader den klart største andelen av kostnadene ved hjemmesykepleie. Vi vurderer derfor at det trolig vil være effekten på de direkte tjenestekostnadene som i størst grad avgjør hvordan innføring av fritt brukervalg vil påvirke totalkostnadene ved hjemmesykepleie i en kommune. Arbeidskraftkostnader utgjør over 80 prosent av de direkte tjenestekostnadene, og effekten av fritt brukervalg på de ansattes effektivitet vil derfor i størst grad påvirke om fritt brukervalg vil spare tjenesten for kostnader.

Dersom fritt brukervalg bidrar til mer effektiv tjenesteutførelse, kan en relativt liten effekt føre til betydelige kostnadsbesparelser samlet sett. For eksempel vil ti prosent reduksjon i direkte tjenestekostnader per time veie opp for en dobling av kostnader ved administrasjon og ledelse.

Fritt brukervalg kan bidra til innovasjon gjennom konkurranse

Fritt brukervalg åpner for konkurranse mellom tjenesteleverandører. Dette kan igjen gi økt innovasjon, fordi leverandørene kan vinne markedsandeler ved å tilby mer kostnadseffektive tjenester. Private leverandører kan også på grunn av fortjenestemotivet ha sterkere insentiver til å effektivisere. Dette avhenger imidlertid i stor grad av hvordan man organiserer ordningen. Vi har ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt og i hvilken grad fritt brukervalg bidrar til effektivisering gjennom økt konkurranse i hjemmetjenesten, og det er behov for mer kunnskap for å svare på dette.

Hvis vi legger til grunn at leverandørene effektiviserer driften sin og reduserer kostnadene, vil tjenesten bli mindre ressurskrevende. Gevinstrealiseringsrapporter fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser for eksempel at innføring av velferdsteknologi har medført store besparelser for kommunene (Helsedirektoratet, 2021). Dersom fritt brukervalg og konkurranse fører til økt innovasjon, inkludert økt bruk av velferdsteknologi, kan det ha stor betydning for de direkte kostnadene, og dermed for de samlede kostnadene ved hjemmesykepleie. Samtidig er det ingen automatikk i at eventuelle effektivitetsforbedringer bidrar til billigere tjenester, da eventuell frigjort ressursbruk også for eksempel kan brukes til å øke fortjenesten for tjenesteleverandør eller øke kvaliteten i tjenesten.

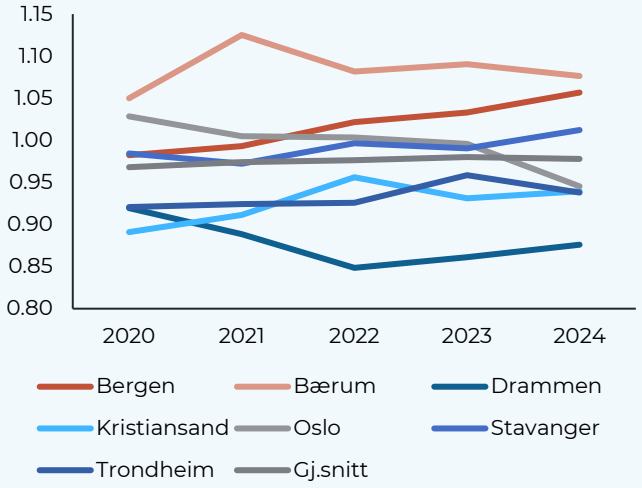
Flere aktører vi har snakket med peker på at private leverandører kan bidra til innovasjon og mer effektiv drift, blant annet gjennom fleksibel organisering og raskere implementering av teknologi. Samtidig understrekes det at eventuelle gevinster hos private aktører ikke automatisk tilfaller kommunen, som fortsatt bærer ansvar for drift, beredskap og kontroll.

Fritt brukervalg kan også bidra til besparelser i kommunens drift av tjenesten. En studie fra 2013 viser at innføring av fritt brukervalg kan gi kommunen bedre oversikt over kostnadsstrukturen i kommunens egen hjemmetjeneste og dermed bedre styring og effektivitet (Fürst & Høverstad, 2013).

Kostnadseffektivitet i kommunale omsorgstjenester

Muligheter for reduksjon i tjenestekostnader gjennom effektivisering bør vurderes i lys av kommunenes effektivitet i tjenesteleveransen. Ressurseffektiv drift av den kommunale

Figur 7-2: Ressursbrukindikator for pleie og omsorg for utvalgte kommuner



Kilde: ASSS-samarbeidet. Verdier under 1 forteller at ressursbruken er under snittet for Norges tolv største kommuner.

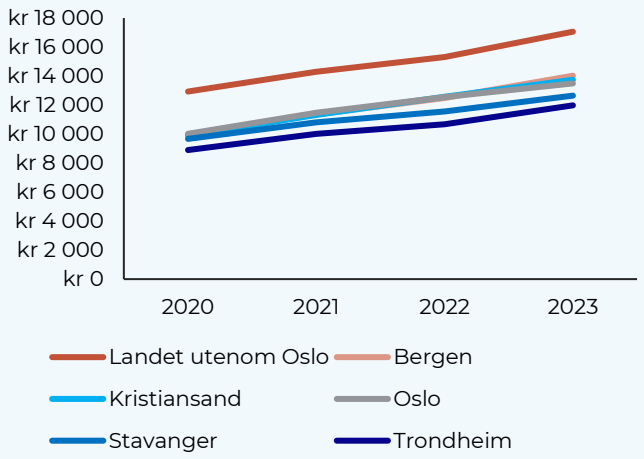
hjemmetjenesten gjør det vanskeligere for private aktører å levere mer ressurseffektive tjenester.

Det er krevende å anslå hvor kostnadseffektivt hjemmesykepleie drives av kommunale leverandører i dag, og vi har ikke grunnlag for å vurdere kostnadseffektiviteten for kommunale leverandører opp mot private leverandører, men en sammenligning mellom kommunene kan bidra til å belyse ressurseffektivitet på tvers. Gjennom ASSS-samarbeidet har en rekke store kommuner utarbeidet anslag på ressurseffektivitet for kommunene på tvers av tjenesteområder. Denne ressursbrukanalysen vurderer hvor effektiv ressursbruken i en kommune per innbygger er sammenlignet med et beregnet utgiftsbehov, og dette forholdstallet sammenlignes med andre kommuner. Analysen resulterer i en ressursbrukindikator hvor en score på 1 indikerer at en gitt kommune er på gjennomsnittet blant kommunene i ASSS-samarbeidet når det kommer til ressursbruk på tjenesteområdet.

Figur 7-2 gir en oversikt over den beregnede ressursbrukindikatoren for pleie og omsorg i hver kommune som deltar i KS sitt program for storbyrettet forskning. Gjennomsnittet for disse kommunene er 0,97 alle årene, som indikerer at de utvalgte kommunene i gjennomsnitt driver noe mer ressurseffektivt enn Norges tolv største kommuner (kommunene i ASSS-samarbeidet) gjør i gjennomsnitt. Bærum og Bergen hadde en ressursindikator over 1 i 2024, mens øvrige utvalgte kommuner lå under 1.

Tall fra SSB om rapporterte utgifter per innbygger til hjemmeboende (frem til og med 2023) viser at driftsutgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende er lavere for de utvalgte kommunene enn for landsgjennomsnittet uten Oslo (Figur 7-3). Vi kan ikke vurdere forskjeller i ressurseffektivitet ut fra dette, ettersom kostnader ved hjemmetjenesten i en kommune i stor grad påvirkes av strukturelle forhold ved kommunen. Tabell 7-4 viser for eksempel hvordan de samme driftsutgiftene per innbygger varierer mellom ulike KOSTRA-grupper, som representerer grupperinger av

Figur 7-3: Driftsutgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende



Kilde: SSB-tabell 12362. Tall for Bærum og Drammen ikke tilgjengelig.

Tabell 7-4: Driftsutgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordelt på KOSTRA-grupper

KOSTRA-gruppe	Folkemengde	Driftsutgifter per innbygger (kr)
1	2 000 - 9 999	kr 19 470
9	20 000 - 29 999	kr 18 102
10	30 000 - 44 999	kr 16 306
11	45 000 - 74 999	kr 16 691
12	75 000 - 300 000	kr 13 754
13	Oslo kommune	kr 13 494

Kilde: SSB-tabell 12362. KOSTRA-grupper er SSBs grupperinger av kommuner basert på befolkning og økonomiske indikatorer.

sammenlignbare kommuner langs dimensjoner relatert til befolkning og økonomi. Utgiftene til helse- og omsorgstjenestene til hjemmeboende per innbygger virker å henge tett sammen med folkemengdene i kommunene, hvor kommuner med høyere folkemengde typisk har lavere utgifter per innbygger. KOSTRA-gruppe 1 er en av seks grupperinger med folkemengde mellom 2 000 og 9 999 innbyggere og har lavest driftsutgifter per innbygger blant disse, samtidig som det er gruppen med høyest driftsutgifter i våre utvalgte KOSTRA-grupper i Tabell 7-4.

På grunn av andre faktorers betydning for utgiftene er det ikke mulig å vurdere potensialet for effektivisering av ressursbruk på hjemmetjenesten i en gitt kommune. Selv mellom kommuner med lik befolkning kan også demografiske forhold og andre faktorer ha stor påvirkning på utgiftene per innbygger. For å vurdere potensialet for effektivisering i en gitt kommune bør man gjøre grundige vurderinger av ressursbruken opp mot sammenlignbare kommuner, og ta høyde for eventuelle strukturelle forskjeller som har betydning for kostnadene. Dersom kommunen etter en slik vurdering fremstår ressurseffektiv, kan det være mer krevende for andre leverandører å levere mer effektive tjenester enn kommunen.

7.2.2 Mulige merkostnader for leverandørene

Fritt brukervalg kan føre til merkostnader i tjenesten, det vil si både direkte og indirekte tjenestekostnader, samt kostnader med administrasjon og ledelse hos leverandører.

Stordriftsulemper for nye leverandører kan øke alle kostnader ved hjemmesykepleien, men i ulik grad

Det kan argumenteres for at de direkte tjenestekostnadene vil øke ved innføring av fritt brukervalg. Selv om de direkte kostnadene i mindre grad enn andre påvirkes av antall brukere, vil det som følge av stordriftsulemper være høyere direkte kostnader for leverandører med få brukere. Få brukere kan for eksempel medføre større avstander mellom brukerne, særlig på mindre tettbebygde steder, noe som kan ha stor betydning for tidsbruken per bruker. Ved at den kommunale hjemmesykepleien har et stort antall brukere, kan den sannsynligvis utnytte stordriftsfordeler til å oppnå lavere direkte kostnader per bruker. Personellkostnadene, som også har størst betydning, vil dermed i større grad variere avhengig av hvor mange brukere som har kommunal hjemmesykepleie, sammenlignet med de øvrige direkte tjenestekostnadene.

Indirekte kostnader, for eksempel kostnader til biler, kontormateriell, lokaler og lignende utgjør en mindre del av kostnadene ved hjemmesykepleien. Samtidig er det kostnader som ville utgjort en langt større andel dersom antallet brukere var lavere, fordi dette i større grad enn de direkte tjenestekostnadene er faste kostnader. Det vil for eksempel være behov for lokaler uavhengig av hvor mange som jobber i hjemmesykepleien og skal ivareta brukerne. Lavere brukervolum gjør det derfor vanskelig å drifte tjenesten effektivt. Derfor peker flere leverandører på at det er behov for et stort antall brukere for å kunne levere gode og kostnadseffektive hjemmesykepleietjenester.

Fritt brukervalg kan også bidra til økte indirekte tjenestekostnader, dersom det bidrar til at private leverandører får betydelige stordriftsulemper. Betydningen av stordriftsulempene forsterkes av at de indirekte kostnadene i større grad enn de direkte kostnadene er faste.

Kostnadene til administrasjon og ledelse hos tjenesteleverandørene utgjør også en mindre del av de totale kostnadene til hjemmesykepleien. Samtidig vil kostnadene til administrasjon og ledelse i enda større grad være faste kostnader, og dermed vil stordriftsulempene for private aktører kunne ha stor betydning, også på lang sikt.

Selv om noen av kostnadspostene knyttet til administrasjon kan reduseres dersom en betydelig andel av innbyggerne velger bort kommunal hjemmesykepleie etter innføring av fritt brukervalg, vil dette ta tid. I en overgangsperiode vil det da være doble kostnader fordi kommunen ikke har rukket å tilpasse omfanget av sin administrasjon, og de private leverandørene samtidig har bygget opp sin tjeneste og administrasjon.

Transaksjonskostnader for leverandørene

Transaksjonskostnader inkluderer all ressursbruk som medgår i prosessen med anskaffelse av hjemmesykepleietjenester, og dette er i stor grad i form av administrative kostnader for involverte aktører. For private leverandører som ønsker å levere hjemmesykepleie vil det medgå betydelige ressurser i selve anbudsprosessen, til arbeidet med å levere tilbud til kommunen som bestiller. Dette inkluderer å bestemme prisstrategi, utarbeide dokumentasjon, utforme tilbudsdokumentet og lignende. I tillegg medgår ressurser fra leverandørene til kontraktsoppfølging, fakturering og annen samhandling med kommunen som bestiller underveis i avtaleperioden. Ved endt kontraktsperiode vil det være behov for å gjennomføre prosessen på nytt, dersom leverandøren igjen skal levere tilbud til kommunen.

Implementerings- og omstillingskostnader for leverandørene

Implementerings- og omstillingskostnader inkluderer kostnader ved innføring av ordningen, som å planlegge og spesifisere hvordan fritt brukervalg skal organiseres, samt kostnader ved endringer underveis, som må implementeres i praksis. Kostnader ved innføring er i stor grad en engangskostnad, mens kostnader ved omstilling kan oppstå løpende. Disse kostnadene oppstår som en direkte konsekvens av å innføre fritt brukervalg.

Leverandørene vil ha store oppstartskostnader knyttet til rekruttering, opplæring, innføring av nye rutiner og andre kostnadsdrivere som vil være store i starten. Faste kostnader til biler, husleie og lønn vil også være relativt store per bruker i en oppstartsperiode med få brukere. Fritt brukervalg medfører samlet sett irreversible implementeringskostnader, som kan føre til at det tar tid før eventuelle kostnadsbesparelser som følge av introduksjon av nye leverandører gjør seg gjeldende.

Funn fra intervjuer med kommunene peker på at omstillingskostnader for de eksisterende leverandørene er betydelige når nye leverandører kommer til markedet. Kommunene opplever at de ved innføring av fritt brukervalg ikke klarte å redusere faste kostnader i den kommunale hjemmesykepleien i takt med overføring av oppdrag til private, slik at en del kostnader måtte dekkes både i kommunen og hos leverandøren.

Omstillingen til fritt brukervalg krever også innsats for å informere brukere om ordningen. Dette er en forutsetning for at nye leverandører skal oppnå en tilstrekkelig brukermasse på relativt kort tid, som de igjen er avhengige av for å oppnå lønnsomhet. Å gi brukere et godt nok beslutningsgrunnlag til å gjøre et reelt brukervalg krever tid og ressurser fra kommunene og leverandører.

7.3 Konsekvenser av fritt brukervalg for kommunene utenom leverandørene

Innføring av fritt brukervalg har betydelige konsekvenser for kommuneadministrasjonen, som får økte transaksjonskostnader og implementerings- og omstillingskostnader.

Transaksjonskostnader for kommuneadministrasjonen

Fritt brukervalg medfører transaksjonskostnader hos kommunen som bestiller, blant annet knyttet til utredning, forberedelse av anbudskonkurranser, utforming av anbudsdokumenter, markedsdialog og utarbeidelse av kontrakter. Ettersom det uten fritt brukervalg ikke er behov for å gjennomføre slike prosesser, oppstår transaksjonskostnader som en konsekvens av fritt brukervalg. Det medfører altså en «investeringskostnad» i forbindelse med innføringen som kommunen må være i stand til å håndtere.

Figur 7-4: Merkostnader utover tjenesteleveransen som følge av fritt brukervalg

TRANSAKSJONS-KOSTNADER

- Utarbeidelse og inngåelse av avtaler
- Oppfølging og administrasjon av leverandører
- Kontraktsoppfølging og fakturakontroll

IMPLEMENTERINGS- OG OMSTILLINGS-KOSTNADER

- Vurdere innretning av brukervalg
- Implementere endringer i praksis
- Omstilling av tjenesten ved konkurser

Det oppstår også merkostnader som følge av et behov for ekstra kapasitet i kommune-administrasjonen til administrasjon og oppfølging av nye leverandører, for eksempel knyttet til å gi tilgang til nødvendige IT-systemer og å følge opp leverandørene underveis.

Anskaffelsesprosessen må gjentas regelmessig, og transaksjonskostnadene er derfor løpende så lenge en kommune har fritt brukervalg.

Funn fra intervjuer med kommuner som har innført fritt brukervalg tyder på at det er betydelige administrative merkostnader som følge av ordningen. Kommunene fikk også ekstra kostnader knyttet til administrering, forvaltning og kvalitetssikring av de private leverandørene, og opplevde at de ikke hadde de riktige verktøyene og systemene for å kunne følge opp de private leverandørene med tanke på tidsbruk og fakturering. I tillegg opplevde kommunene en del oppstartskostnader i overgangsfasen knyttet til opplæring, nye rutiner, dobbeltarbeid og andre engangskostnader i forbindelse med overgangsfasen. Kommunene legger også opp til at de private leverandørene skal bruke kommunens fagsystem til dokumentasjon. Det forutsetter kapasitet og tid til å utarbeide rutiner for å sikre tilganger, samt opplæring.

Implementerings- og omstillingskostnader for kommuneadministrasjonen

Innføring av nye måter å tilby og organisere en tjeneste, slik som fritt brukervalg er et eksempel på, krever at kommunen setter av tid og ressurser til selve omleggingen. Dersom kommunen ikke setter av nok tid og ressurser, kan dette bli en barriere i form av forsinkelser, lavere kvalitet eller utilstrekkelig oppfølging av leverandørene. Denne typen organisatoriske forhold kan ha betydning for om innføringen av ordningen blir vellykket.

Innføring av fritt brukervalg krever omfattende forarbeid. Kommunene må gjennomføre en anskaffelse som inkluderer å utarbeide et konkurransegrunnlag, fastsette priser og rutiner for fakturering, utarbeide kontrakter, etablere kvalitetssikringssystemer og gjennomføre juridiske vurderinger. Denne kostnaden vil være betydelig ved innføring av fritt brukervalg, hvor prosessen skal gjennomføres for første gang. Det kan også være behov for andre engangsinvesteringer ved implementering som for eksempel ressursbruk på etablering av nye samarbeidsformer med leverandørene.

Kommunene må også sette av tid til å sikre nødvendig kompetanse hos saksbehandlere og andre berørte personer slik at de forstår ordningen med fritt brukervalg og hva den innebærer. Det kan også være nødvendig å sette av ressurser til informasjonsdeling med aktører som skal gå over fra å samhandle med kun den kommunale leverandøren, til å i tillegg samhandle med private og ideelle leverandører.

For å sikre reelle muligheter for å velge må kommunene også bruke ressurser på å kommunisere med brukerne. Kommuner med erfaring fra innføring av fritt brukervalg beskriver at de i liten grad har arbeidet systematisk med å gi informasjon om brukervalg til alle brukere, og det er stor usikkerhet knyttet til det faktiske ressursbehovet i denne sammenheng ved innføring av fritt brukervalg. Samtidig kan vi anta at det krever en betydelig mengde tid å informere hver eneste bruker, og at det også vil kreve noe opplærings- og motivasjonsarbeid rettet mot de som skal formidle informasjonen til brukere på ulike måter.

Erfaringer fra blant annet Bergen og Stockholm viser også at avvikling av leverandører kan være kostbart og administrativt krevende for kommunene. I disse tilfellene kan kostnader oppstå for eksempel ved overføring av brukere tilbake til kommunen, opplæring av ansatte i nye rutiner, endringer i datasystemer og tilgangsstyring, og avviklingsarbeid og juridiske prosesser.

8. Sentrale momenter ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Dersom man skal innføre fritt brukervalg, er det flere faktorer som kan bidra til at det blir en velfungerende ordning. Et grundig forarbeid med god forståelse av egne kostnader, tydelige krav i avtalene, realistiske økonomiske rammer, god brukerinformasjon og et tilstrekkelig antall brukere slik at leverandøren oppnår stordriftsfordeler er viktige suksessfaktorer. Kommunens rolle som bestiller og oppfølger er sentral for at ordningen skal fungere over tid.

Fritt brukervalg innebærer at kommunen må sette av ressurser både til innføring av ordningen, og til oppfølging av leverandøren(e) som de inngår avtale med. Kommunal- og moderniserings-departementet utga i 2015 en veileder for kommuner som ønsker å innføre fritt brukervalg (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Med utgangspunkt i denne veilederen, samt oppdatert informasjon fra intervjuene vi har gjennomført i forbindelse med dette prosjektet, har vi oppsummert momenter vi vurderer som sentrale ved innføring av fritt brukervalg i hjemme-sykepleien.

8.1 Forarbeid og utredning som grunnlag for beslutning

I forkant av innføring av fritt brukervalg, bør kommunen gjøre et grundig forarbeid med utredning og analyse av nåsituasjonen i hjemmesykepleien, behov og forventninger.

8.1.1 Analyse av kommunens kostnader

Det innledende forarbeidet bør omfatte analyser av kommunens kostnader til hjemmesykepleie, inkludert kostnader knyttet til administrasjon og fellestjenester i kommunen. Dette er viktig for å sikre riktige krav til kostnader hos de eksterne leverandørene. Videre skal kommunenes kostnader ligge til grunn for hvilken pris de private leverandørene får betalt. Et riktig bilde av kommunens kostnader er derfor sentralt for å sikre økonomisk likebehandling mellom leverandørene. Dette arbeidet kan være utfordrende, fordi mange kommuner mangler full oversikt over egne kostnader (Fürst & Høverstad, 2013).

8.1.2 Sikre et tydelig skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon

Kommunen må være bevisst på mulige utfordringer knyttet til at de har en dobbeltrolle som både bestiller og utfører. Kommunen bør derfor vurdere hvilke tiltak som er nødvendig for å oppnå konkurransenøytralitet mellom den kommunale leverandøren og private og ideelle leverandører.

Et viktig grunnlag for dette er å skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon (Figur 8-1). Mange kommuner har en bestillerfunksjon (tildelingskontor eller bestillerenhet), og det er denne enheten som ivaretar kommunenes forvaltningsansvar og myndighetsutøvelse i enkeltsaker. Dette skal sikre at den enkelte brukers behov for tjenester vurderes uavhengig av tjenesteproduksjonen (Deloitte, 2015).

Kommunene må også være bevisst på risiko for kryss-subsidiering. Dette gjelder særlig dersom det ikke er et tydelig organisatorisk og regnskaps-messig skille mellom bestiller og utfører i kommunen. Uten å nødvendigvis være klar over det, kan den kommunale utføreren få fordeler som følge av at de er tettere tilknyttet den kommunale infrastrukturen. Gode rutiner for transparent internprising i kommunen bidrar til å redusere denne risikoen. Dette bør være godt dokumentert, slik at det er enkelt å ettergå dersom noen klager på konkurransevilkårene.

8.1.3 Utarbeiding av kontrakter

Kontrakten som ligger til grunn for avtalen med eksterne leverandører er grunnlaget for ordningen med fritt brukervalg i den aktuelle kommunen. Det er derfor viktig at kommunen har tilstrekkelig tid og tilgang på kompetanse i arbeidet med å utarbeide kontrakten, både med tanke på økonomiske, helsefaglige og juridiske aspekter. Eksempler på viktige faktorer som reguleres i kontrakten er prismodell, fordeling av brukere som ikke tar et aktivt valg og hvilke tjenester som inngår, krav til kvalitet og kvalitetssikring, rapportering, bruk og anskaffelse av teknologi mv. Det kan være nyttig for kommunene å se til kontrakter fra andre kommuner når de skal utarbeide egen kontrakt, men det er samtidig viktig at kontrakten tilpasses basert på aktørenes erfaringer og lokale forhold.

Figur 8-1: Skillet mellom forvaltning og tjenesteproduksjon i en bestiller-utfører-modell

	Bestillers ansvar	Utførers ansvar
Systemnivå	Overordnet bestilling i henhold til kommunens samlede behov. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud dersom det er etterspørsel/behov for det.
Individnivå	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte har rett på/behov for. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenester til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestiller.

Kilde: «Brukervalg i kommunal tjenesteyting» *Veileder for kommuner som ønsker å innføre fritt brukervalg,* Kommunal og moderniseringsdepartementet (2015).

8.1.4 Valg av prismodell

Kommunen må ta stilling til om den private leverandøren skal få betalt for hvilke oppgaver de utfører, vedtakstid eller faktisk utført tid, om de skal få betalt for bomturer og eventuell beredskaps-kapasitet. Det er vanlig at de private leverandørene konkurrerer på kvalitet, og at satsene er fastsatt av kommunen. Disse reflekterer da kommunens egne kostnader for de samme tjenestene, slik at kommunen ikke betaler mer for tjenester fra private enn de gjør når tjenesten leveres i egen regi.

8.1.5 Markedsdialog

Som del av forarbeidet til konkurransegrunnlaget bør kommunen også gjennomføre markeds-dialoger. Formålet med markedsdialog er å kartlegge kapasitet, kompetanse og interesse hos relevante leverandører. Dette kan bidra til å sikre et velfungerende leverandørgrunnlag. Videre kan private leverandører gi innspill på hvordan kontrakter og oppfølging har fungert i andre kommuner, og komme med innspill til justeringer.

Som del av markedsdialogen bør kommunene kartlegge hva leverandørene oppfatter som et tilstrekkelig antall tjenester for at de skal kunne levere tjenester i kommunen. Dette er sentral informasjon til kommunen i utformingen av konkurransegrunnlaget, der kommunen bør ta stilling til hvor mange leverandører de ønsker å ha i kommunen. Antall leverandører som konkurrerer om brukerne, vil ha betydning for hvordan de private leverandørene vurderer konkurransen etter at de eventuelt har inngått avtale med kommunen, og dette er derfor verdifull informasjon for leverandørene. Videre har antallet leverandører også betydning for kommunens administrasjon, og hvor stor kapasitet de må ha for oppfølging og kvalitetssikring.

8.1.6 Tiltak for et bærekraftig leverandørmarked

En forutsetning for vellykket innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien, er at det er private leverandører som ønsker å tilby tjenester innenfor de definerte rammebetingelsene. Enkelte ramme-betingelsen kan påvirkes av kommunen, mens andre er gitt på statlig nivå eller av kommunens plassering og demografi.

Et sentralt spørsmål er hvordan kommunen kan bidra til at private leverandører får en tilstrekkelig stor brukermasse allerede fra start. Kommunen bør vurdere om forventet andel og antall brukere er høyt nok til å sikre økonomisk bærekraft for leverandørene, og om antall leverandører som tilbyr tjenesten står i forhold til det totale antallet brukere i kommunen. Med utgangspunkt i dette bør kommunen vurdere om kommunen kan iverksette tiltak som bidrar til nok brukere hos de private leverandørene fra start. For lavt antall brukere øker risikoen for at leverandørene trekker seg, og dette kan svekke stabiliteten i tjenesten.

Kommunen må også ta stilling til hvordan brukere som ikke tar et aktivt valg av leverandør skal håndteres. I Norge har disse brukerne blitt tildelt kommunal leverandør, og dette kan bidra til en «innlåsningseffekt» og gjøre det krevende for private leverandører å bygge opp tilstrekkelig antall brukere. Samtidig kan andre fordelingsmodeller reise prinsipielle og etiske spørsmål, særlig knyttet til sårbare brukergrupper. Kommunen bør derfor vurdere hvilke modeller som er mulig å benytte for fordeling av «ikke-velgere» og hvilke konsekvenser de ulike løsningene har for både brukerne og de private leverandørene.

8.2 Krav og kvalitetssikring

Tydelig definerte krav og gode systemer for kvalitetssikring er viktig for at fritt brukervalg skal

fungere godt i hjemmesykepleien. Samtidig er innholdet i hjemmesykepleie komplekst, og brukerne har ulike og sammensatte behov. Tjenesten omfatter alt fra personlig stell og medisinsk behandling til opplæring, oppfølging og hverdagsmestring, og dette gjør det krevende å definere standardiserte krav uten at det går på bekostning av skjønn og nødvendig fleksibilitet.

8.2.1 Systemer for å sikre kvalitet

Formålet med kvalitetssikring er å sikre at alle leverandører, inkludert den kommunale, leverer tjenester som oppfyller krav til faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Dette kan for eksempel innebære å etablere systemer for tilsyn, oppfølging, kompetanseheving og rutiner for håndtering av klager og avvik. Det kan også stilles krav til den enkelte leverandørs egne systemer for kvalitetssikring. Dette er viktig for å sikre at brukere får likeverdige tjenester uavhengig av hvilken aktør de velger, og for å ivareta kommunens overordnede ansvar for tjenestekvalitet.

Et godt kvalitetssikringssystem bør gi kommunen et helhetlig og oppdatert informasjonsgrunnlag som gjør det mulig å følge med på utviklingstrekk og forbedringsmuligheter på tvers av leverandørene. Hvis kommunene har et godt system for å føre tilsyn og kvalitetskontroll med egen tjeneste, er det lettere å utvide denne tjenesten til å også kunne føre tilsyn med de private leverandørene. I tillegg fører også Statens Helsetilsyn og Statsforvalterne jevnlig tilsyn.

Videre er det viktig at kravene som stilles til de private leverandørene av hjemmesykepleie er de samme som stilles til de kommunale. En oppfatning av at det stilles strengere krav til private enn til kommunale tilbydere vil hindre et godt samarbeid mellom kommunen og de private leverandørene, og det er en forutsetning for god konkurranse at kravene til leverandørene er de samme.

8.2.2 Innovasjon og tjenesteutvikling

For at de private leverandørene skal bidra til innovasjon og tjenesteutvikling, er det viktig å legge til rette for dette i kontraktsvilkårene. Et eksempel på et vilkår som kan bidra til dette, er at noe av gevinsten ved effektivisering tilfaller leverandørene. På denne måten vil kontraktene også kunne bidra til gevinstrealisering som følge av ny teknologi eller bedret ressursutnyttelse. Kontraktene bør derfor utformes slik at leverandørene belønnes for å ta i bruk nye arbeidsmetoder, teknologi eller organisatoriske løsninger som reduserer ressursbruk uten å gå på bekostning av kvaliteten. Dette innebærer at gevinsten ved effektivisering deles mellom den private tilbyderen og kommunen. Selv om ikke hele gevinsten tilfaller kommunen, kan kommunen også hente ut ytterligere gevinster ved å la seg inspirere av den private leverandøren og implementere tilsvarende endringer i egen tjeneste.

En annen viktig faktor for at leverandørene skal ha insentiver til innovasjon, er forutsigbarhet og langsiktige avtaler. Dette gjør det enklere å planlegge langsiktig, og dette kan øke viljen til å investere i utvikling av tjenesten.

Kommunene kan også vurdere å inkludere opsjoner for pilotprosjekter i kontraktene. Dette kan gi de private leverandørene insentiver til å identifisere mulige effektiviseringsområder eller innovasjonstiltak, som de kan presentere for kommunen. Kommunen kan deretter vurdere om dette er noe de ønsker å finansiere særskilt som et prosjekt. Dette vil senke terskelen for å teste nye løsninger underveis i kontraktsperioden, og kan bidra til å utvikle tjenesten både hos de private og kommunale leverandørene.

Videre er også tydelige kontraktsvilkår for bruk av velferdsteknologi viktig. Uklare krav til hvilke løsninger som skal benyttes, hvem som har ansvar for drift og support, og hvordan data skal håndteres, kan skape ulik praksis mellom leverandørene og ha betydning både for kvalitet og kostnader i tjenesten.

Generelt vil kontraktene i større grad være egnet for innovasjon og effektivisering dersom det i hovedsak legges opp til målstyring (kvalitet og bruker-opplevelse) kontra styring av innsatsfaktorer som bemanning eller bestemte arbeidsmetoder.

8.3 Tilstrekkelig informasjon til brukerne

For at ordningen med fritt brukervalg skal innebære et reelt valg, er det nødvendig at brukerne får tydelig og enkel informasjon om hvilke valgmuligheter og rettigheter de har, samt hvordan de bytter leverandør. Mangel på informasjon kan være en barriere for at fritt brukervalg fungerer etter hensikten. Dersom brukerne ikke kjenner til valgmulighetene, blir den reelle valgfriheten lav og konkurransen foregår på ulike vilkår. Informasjon som er tilpasset brukerne både når det gjelder omfang, innhold og format er derfor sentralt for fritt brukervalg og kan bidra til at brukerne i større grad tar aktive valg og opplever reell valgfrihet. For mange er informasjon til pårørende også viktig, fordi de ofte er tett involvert i valget.

9. Diskusjon

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien kan ha betydning for brukernes valg-muligheter, organiseringen av tjenesten og rammebetingelsene for både kommunale og private leverandører. Erfaringene fra Sverige, Danmark og norske kommuner viser at effektene av ordningen avhenger av hvordan ordningen er utformet. Samtidig mangler det systematisk kunnskap om hvordan ulike elementer i ordningen påvirker kvalitet, administrasjon og bærekraftighet.

Det eksisterende kunnskapsgrunnlaget om fritt brukervalg i hjemmesykepleien gir ikke entydig svar på hvilke effekter ordningen har på kvalitet, innovasjon, kostnader eller brukertilfredshet. For brukertilfredsheten virker pleiekontinuitet og kompetanse som viktigere faktorer enn muligheten til å velge leverandør, og det virker ikke å være systematiske forskjeller i fornøydhet mellom private og kommunale leverandør. For kommunene innebærer fritt brukervalg både muligheter og utfordringer knyttet til styring, administrasjon og kostnader. For de private leverandørene er det viktig med et tilstrekkelig antall brukere, prismodeller som gjør at de kan drive lønnsomt og forutsigbarhet i ordningen over tid.

9.1 Videre forskning og utredning

Informasjonsinnhentingen som er gjennomført i arbeidet med denne rapporten viser at det er kunnskapshull knyttet til hvordan fritt brukervalg påvirker kvalitet og kostnader i hjemmesykepleien. Det er behov for forskning og utredning som kan gi et mer robust kunnskapsgrunnlag, særlig knyttet til kvalitet og brukertilfredshet, effekter for kommunenes økonomi, samfunnsøkonomiske virkninger og hvordan ulike modeller for fritt brukervalg fungerer i den norske hjemme-sykepleien.

Ettersom relativt få norske kommuner har erfaring med fritt brukervalg i hjemmesykepleien, vil det være nyttig om videre forskning også tar utgangspunkt i erfaringer fra Sverige og Danmark. Sverige og Danmark har mer omfattende erfaring med ulike modeller for fritt brukervalg, og studier som sammenligner effektene av de ulike modellene som kan gi bedre kunnskap om betydningen av organisering, håndtering av «ikke-velgere», prismodeller og markedsstruktur. Relevante effekter å undersøke er betydning for bærekraft i leverandørmarkedet, kvalitet i tjenestene og omfang av administrativt arbeid i kommunene og kommunenes styringsmuligheter. Det vil også være nyttig med studier som undersøker likheter og forskjeller i lovverk mellom landene, og hvilken betydning dette har. Som del av dette er det behov for forskning som belyser hvilke erfaringer som er overførbare til norske forhold, og hvilke som i mindre grad er overførbare.

Det er utfordrende å måle kvalitet i hjemme-sykepleien, og ulike valg av indikatorer kan gi ulike bilder av tjenestens kvalitet. Det er derfor behov for mer systematisk kunnskap om hvilke indikatorer som faktisk reflekterer kvalitet slik den oppleves av brukere, ansatte og kommuner, og hvilke konsekvenser ulike indikatorvalg har for styring og praksis i tjenesten.

Det er også behov for mer kunnskap om hvilke brukergrupper som har størst nytte og glede av fritt brukervalg. I dag er det ulike meninger om det å få mulighet til å ta et valg er en belastning eller et gode, og hvordan de ulike oppfatningene eventuelt fordeler seg på ulike brukergrupper. Videre forskning bør undersøke hvordan faktorer som alder, kjønn, sykdomsbilde, funksjonsnivå og sosioøkonomiske forhold påvirker både ønsket om valgmulighet og evnen til å ta informerte valg. Mer kunnskap om hvordan betydningen av valgfrihet varierer mellom ulike brukergrupper bør ses i sammenheng med de siste årenes endringer i hvem som har behov for og mottar hjemmesykepleie, og forventninger til endringer i brukergruppenes behov fremover.

Det er også begrenset kunnskap om hvordan fritt brukervalg påvirker arbeidsmiljø, stabilitet i bemanningen og oppgavedeling. Det kan særlig være relevant å undersøke spørsmål knyttet til sykefravær, turnover og rekruttering hos private sammenlignet med kommunale leverandører. Med økende mangel på helsepersonell, vil kunnskap om disse effektene være viktig. Det er også lite kunnskap om de langsiktige effektene av fritt brukervalg, både når det gjelder kvalitet og kostnader, samt av hvordan ulike modeller for håndtering av «ikke-valg» påvirker brukere, kommuner og leverandørmarkedet.

I en situasjon med pressede kommunale budsjetter og knapphet på helsepersonell, er det også viktig

med mer kunnskap om hvordan fritt brukervalg påvirker effektivisering av tjenesten. Dette gjelder for eksempel i hvilken grad innovasjon og ny teknologi bidrar til å redusere behovet for personell fremfor å gi høyere kvalitet.

9.2 Utvikling av nasjonale veiledere og forbedret datakvalitet

Erfaringene fra de norske kommunene vi har snakket med viser et behov for å utvikle eksempler på prismodeller som gir leverandørene insentiver til innovasjon og til å ta i bruk ny teknologi. Prismodellene som benyttes i dag er i stor grad knyttet til vedtakstid eller utført tid, og dette kan svekke insentivene til å ta i bruk løsninger som reduserer tidsbruk eller endrer arbeidsmåter. Alternative prismodeller, for eksempel modeller som kombinerer grunnbetaling med gevinstdeling eller på annen måte belønner effektivitetsforbedringer, kan bidra til større grad av sammenheng mellom kommunenes mål om effektiv ressursbruk og leverandørenes økonomiske insentiver.

KS, NHO og Virke lagde i 2014 en veileder og tilhørende modell for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester. I modellen kan kommunen legge inn egne nøkkeltall, og få beregnet kostnad per utførte vedtakstime og hvor stor andel av de samlede lønnede timeverkene som går til å yte tjenester. Informasjonsinnhentingen i dette prosjektet viser at det er behov for en ny gjennomgang av hvordan kommunen beregner egne kostnader og hvordan dette omsettes til satser for private leverandører. Det er også behov for å utvide veilederen med eksempler på ulike prismodeller, inkludert prismodeller som i større grad gir insentiver til innovasjon. Slike eksempler vil kunne gi kommunene et bedre beslutningsgrunnlag ved valg av prismodell og redusere risikoen for lite innovasjon som følge av økonomiske rammebetingelser.

En oppdatert nasjonal veileder kan også gi støtte til kommunene i arbeidet med kontraktsutforming, håndtering av «ikke-valg», kvalitetsoppfølging og organisering av informasjon til brukerne. En veileder som kan brukes på tvers av ulike kommuner kan samtidig gi bedre sammenlignbarhet og legge til rette for mer systematisk kunnskap og forskning.

Videre mener vi forbedret datakvalitet vil være sentralt for å kunne følge utviklingen i hjemmesykepleien over tid og evaluere effekter av fritt brukervalg. Det er særlig behov for at hjemmesykepleie registreres som egen tjenestetype i KPR, og at leverandøren registreres på en mer standardisert måte. Bedre registrering vil gjøre det mulig å analysere bruk av kommunale og private leverandører, følge endringer i brukergrupper og ressursbruk, og danne et bedre kunnskapsgrunnlag for både lokale og nasjonale beslutninger.

9.3 Målkonflikter og dilemmaer

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien innebærer flere dilemmaer knyttet til styring, kvalitet og ressursbruk. På den ene siden kan ordningen gi økt valgfrihet for brukerne og bidra til konkurranse, innovasjon og effektivisering. På den andre siden kan ordningen bidra til økte administrasjonskostnader i kommunen og komme i konflikt med kommunens ønsker om å ha full oversikt over drift av hjemmesykepleien. Kommunene har et lovpålagt sørge-for-ansvar, og må sikre at tjenestene er tilgjengelige og forsvarlige uavhengig av brukernes valg.

Fritt brukervalg kan også gi dilemmaer knyttet til økonomiske insentiver og kvalitet. Prismodeller og kontrakter som gir sterke insentiver til effektivisering kan samtidig innebære risiko for at kvaliteten presses, særlig i en tjeneste hvor kvalitet er vanskelig å måle og i stor grad avhenger av kontinuitet og faglig skjønn. Tiltak som kan bidra til et bærekraftig leverandørmarked, slik som langsiktige kontrakter, kan begrense hvilke endringer politikerne kan få gjennomført innenfor kontraktsperioden.

10. Referanser

Arbetet. (u.d.). *Hämtjenstfusket*. Hentet fra Arbetet.se: https://arbetet.se/story/hemtjanstfusket/

Arwidson, J., & Fornstedt, C. (2023). *Slutrapport Kartläggning av hemtjänstersättningarna i LOV-kommuner*.

Bergen kommune. (2024, Juni 11). *IK-HS 027-2027 Brukervalg - praktisk bistand hushold (PBH)*. Hentet fra Doffin: https://www.doffin.no/notices/2024-108775

Bergman, M. A., Johansson, P., Lundberg, S., & Spagnolo, G. (2016). Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 109-119.

Bergman, M., Jordahl, H., & Lundberg, S. (2018). *Choice and competition in the welfare state: home care as the ideal quasi-market*. Stockholm: IFN.

borger.dk. (u.d.). *Helhedspleje*. Hentet fra https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/stoette-og-hjaelp-i-dit-sygdomsforloeb/hjaelp-i-hjemmet/Hjemmehjaelp

borger.dk. (u.d.). *Hjælp i hjemmet*. Hentet fra https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/stoette-og-hjaelp-i-dit-sygdomsforloeb/hjaelp-i-hjemmet/Hjemmehjaelp

borger.dk. (u.d.). *Kommunal sygepleje og hjemmehjælp efter sygehusophold*. Hentet fra https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/stoette-og-hjaelp-i-dit-sygdomsforloeb/hjaelp-i-hjemmet/kommunal-sygepleje-og-hjemmehjaelp-efter-sygehusophold

Broms, R., Dahlström , C., & Nistotskaya, M. (2023). Provider Ownership and Indicators of Service Quality: Evidence from Swedish Residential Care Homes. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 150–163.

Broms, R., Dahlström, C., & Nistotskaya, M. (2020). Competition and service quality: Evidence from Swedish residential care homes. *Governance*, ss. 525-543.

Byrådsavdeling for helse. (2025). *Spørsmål til byrådet fra Julianne Ofstad (F) - Spørsmål 484/2025 - Rutiner for kontroll av språkkrav i hjemmetjenesten*. Oslo: Oslo kommune.

Bærum kommune. (u.d.). *Hjemmehjelp og praktisk bistand*. Hentet fra Hjemmetjenester: https://www.baerum.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/hjemmehjelp-praktisk-bistand/

Deloitte. (2015). *«Brukervalg i kommunal tjenesteyting» En kunnskapsoppsummering*. Kommunal – og moderniseringsdepartementet.

Deloitte. (2015). *Brukervalg i kommunal tjenesteyting*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Drammen kommune. (2025). *Fritt brukervalg i hjemmesykeplien - Hovedutvalg for Helse og omsorg*. Drammen: Drammen kommune.

DST Survey, D. C. (2025). *Undersøgelse om hjemmehjælp*.

DST Survey, Danmarks Statistikk. (2025, 06). *Brugertilfredshed med hjemmehjælp - en landsdekkende undersøkelse*. Hentet fra aeldremin.dk: https://aeldremin.dk/Media/638912800530495308/Brugertilfredshedsundersoegelse_hjemmehjaelp_2025_landsrapport_UA.pdf

Ekonomifakta. (2026). *Äldreomsorg i privat regi*. Hentet fra Ekonomifakta: https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/foretagande/offentlig-sektor/aldreomsorg-i-privat-regi_1210143.html

Erlandsson, S., Brodin, H., Graff, L., & Karsio, O. (2022). Choice models in Nordic long-term care: care managers' experiences of privilege and disadvantage among older adults. *European Journal of Ageing*, 211-220.

Feltenius, D., & Wide, J. (2024). Abolishing the Act on System of Choice in Swedish eldercare: on arguments and replacements in the municipalities. *International Journal of Public Sector Management, 37*(2), 141-158.

Finansdepartementet. (2008). *Lag (2008:962) om valfrihetssystem.* Sveriges Riksdag.

Foged, S. K., & Houlberg, K. (2024). *Kommunernes tilvejebringelse af det frie valg af hjemmepleje og brug af udbud.* VIVE.

Forbrukerrådet. (2016, Februar 8). *Fritt brukervalg: Store forskjeller mellom kommunene*. Hentet fra Siste nytt: https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/fritt-brukervalg-store-forskjeller-mellom-kommunene-2/

Fürst, & Høverstad. (2013). *Friere brukervalg i hjemmetjenesten.* Oslo: KS.

Gävle kommun. (2024). *Översyn av valfrihetssystemet inom hemtjänstområdet. Förslag till alternativ till eller anpassningar av dagens LOV system för hemtjänsten.* Hentet fra https://meetingsplus.gavle.se/welcome-sv/namnder-styrelser/omvardnadsnamnden/mote-2024-06-19/agenda/oversyn-av-valfrihetssystem-inom-hemtjanstomradetpdf?downloadMode=open

Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1997). The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 1127–1161.

Heggstad, Ø. J. (2015). Taper 200.000 i måneden på kommunen. *NRK*.

Heldahl, E. H., & Andersson, D. (2020). *Vad är lag om valfrihetssystem (LOV)?* Svenskt näringsliv.

Helsedirektoratet. (2016). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2021). *Gevinstrealiseringsrapport - En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.*

Hjelmar, U., Bhatti, Y., Petersen, O. H., Rostgaard, T., & Vrangbæk, K. (2018). Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 41-49.

Houlberg, K., & Foged, S. (2023). *The economic costs of voucher markets for public service provision.* The Danish Center for Social Science Research.

Insitituttt for samfunnsforskning. (2025, Juni 30). *Hvem stemmer på Høyre?* Hentet fra www.samfunnsforskning.no: https://www.samfunnsforskning.no/aktuelt/nyheter/2025/hvem-stemmer-pa-hoyre

Jordahl, H., & Persson, L. (2020). The end of a trend: retraction of choice in Swedish elderly care. *Journal of Economic Policy Reform* , 189-200.

KL. (2025). Ældrelovens rammer for det frie valg. Kommunernes Landsforening (KL).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Brukervalg i kommunal tjenesteyting - Veileder for kommuner som ønsker å innføre brukervalg.*

Konkurrensverket. (2022, November 2). *Granskning visar att flera kommuner och regioner inte uppfyller sitt informationsansvar enligt LOV*. Hentet fra Nyhetsarkiv: https://www.konkurrensverket.se/informationsmaterial/nyhetsarkiv/2022/granskning-visar-att-flera-kommuner-och-regioner-inte-uppfyller-sitt-informationsansvar-enligt-lov/

Kristiansand kommune. (2024). *https://www.kristiansand.kommune.no/.* Hentet fra Fritt brukervalg i hjemmesykepleien: https://www.kristiansand.kommune.no/contentassets/01c601984b014dba868b35e2f4e164d8/politisk-sak.pdf

Kristiansand kommune. (2025). *Politisk sak - Fritt brukervalg i hjemmesykepleie* . Kristiansand: Kristiansand kommune.

Kristiansand kommune. (2025). *Vedlegg 1 til bystyresak om fritt brukervalg i hjemmesykepleien.* Kristiansand: Kristiansand kommune.

Kunskapsguiden. (2020). *kunskapsguiden.se*. Hentet fra Om hemtjänst och hemsjukvård: https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/hemtjanst-och-hemsjukvard-for-aldre-personer/om-hemtjanst-och-hemsjukvard/

Linderoth, K. (2022). *Lommamodellen.* Arenaidé.

Madsen, J. E., Ladenburg, J., Foged, S. K., & Houlberg, K. (2025). *Rockwool Fonden*.

Mortensen, Y. (2023, September 6). *Privat eller kommunal? Slik er hjemmetjenesten i Norges største byer.* Hentet fra Fagbladet: https://www.fagbladet.no/nyheter/privat-

eller-kommunal-slik-er-hjemmetjenesten-i-norges-storste-byer/130581

NHO Geneo. (2024). *Fritt brukervalg av hjemmetjenester i Oslo kommune*. NHO Geneo.

NHO Geneo. (2024, Desember 3). *SSB: Privat sektor har lavest sykefravær i barnehager og helsevesen*. Hentet fra Artikler: https://www.nhogeneo.no/artikler/2024/ssb-privat-sektor-har-lavest-sykefravar-i-barnehager-og-helsevesen/

NHO Service. (2013). *Status for valgfrihet i eldreomsorgen i Skandinavia*. Oslo: NHO Service.

Nilsen, I. S. (2016). Fritt brukervalg. *Moss avis*.

Nilsson, Å. (2022, Mars 21). *LOV ifrågasätts efter hemtjänstfusket – "Öppnar uppenbarligen för kriminalitet"*. Hentet fra Dagen Samhälle: https://www.dagenssamhalle.se/offentlig-ekonomi/upphandling/lov-ifragasatts-efter-hemtjanstfusket-oppnar-uppenbarligen-for-kriminalitet/

Norges Handikapforbund. (2022). *https://nhf.no/*. Hentet fra BPA - Brukerstyrt personlig assistent: https://nhf.no/wp-content/uploads/2022/04/Hva-er-BPA.pdf

NOU 2020:15. (2020). *NOU 2020:15 - Det handler om Norge* . Kommunal- og distriktsdepartementet.

NOU. (2023:4). Oslo: Regjeringen.

NOU 2024:17. (2024). *Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester*. Oslo: Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet.

NyAnalyse. (2023). *KVALITET 23 - Fylker og KOSTRA* . NHO.

Oslo kommune. (2019). *Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten*. Oslo: Kommunerevisjonen. Hentet fra https://www.oslo.kommune.no/get-file/1134030/e91d71487b0e5d6594f7bbce5c652fd1a6b40c15f42f4dcd892837a43848d584/

Oslo kommune. (2023). *Resultater for valg til bydelsutvalg 2023*. Hentet fra Oslo kommune: https://www.oslo.kommune.no/politikk/valg/valgresultater-og-statistikk/valgresultater-2023/resultater-for-valg-til-bydelsutvalg-2023/

Oslo kommune. (2024). *Levekårsindikatorer*. Oslo kommune.

Oslo kommune Helseetaten. (2023). *Hjemmetjenesteundersøkelsen i Oslo kommune i 2023*. Oslo: Oslo kommune.

Oslo kommune. (u.d.). *Hvem vil du motta hjemmesykepleie fra?* Hentet fra Tjenester og hjelpemidler i hjemmet: https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/tjenester-og-hjelpemidler-i-hjemmet/bytte-leverandor-av-hjemmetjenester/

Ovid. (2025). *Ovid is the world's most trusted medical research platform | Wolters Kluwer*. Hentet fra ovid.com: https://ovid.com

pleje.dk. (u.d.). *Valg af plejeleverandør*. Hentet fra https://pleje.dk/borgere-fritvalg

Regional utvecklingsgrupp god och nära vård (RUG). (2025). *Omvärldsanalys*.

Rekdal, K. E. (2025). *Lønnsstatistikk utvalgte yrker i helse og velferd*. NHO Geneo.

Rekdal, K. E. (2025). *Tall og trender 2025 - Helse og velferd*. NHO Geneo.

retsinformation.dk. (u.d.). *LOV nr 1651 af 30/12/2024. Ældreloven*. Hentet fra https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1651

Rostgaard, T. (2017). *Frit valg i hjemmeplejen – Arbejdsvilkår for medarbejdere i* . KORA.

Samling för Välfärd. (2025). *Världens bästa äldreomsorg – så stärker vi kvaliteten i svensk omsorg*.

Social- og Boligministeriet. (2002). *LOV nr 399 af 06/06/2002. Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lov om hjemmeservice og lov om individuel boligstøtte*. Hentet 10 28, 2025 fra https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2002/399

Socialdepartementet. (2020). *SOU 2020:14*.

Socialstyrelsen. (2023). *Hälso- och sjukvård i hemmet. Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering*. Hentet fra

https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/010b67e7a23a47dbaacb99a8ff77188e/2023-3-8458.pdf

Socialstyrelsen. (2025). *Kunskapsstöd och regler*. Hentet fra Regelverk – vård och omsorg för äldre personer: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/regelverk/

Socialytelsen. (2025). *Styrning av hemtjänsten - Tidsstyrning, kvalitet och arbetsmiljö*.

Solvang, E. (2013). Ålesund åpne for privat hjemmesykepleie. *Sunnmørsposten*.

SOU 2014:2. (2014). *Framtidens valfrihetssystem - inom socialtjänsten*. Stockholm: Statens offentlige utredninger.

Statistisk sentralbyrå. (2023). *Hjemmetjenestenes målgrupper og organisering 2023/05*. Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå. (2025). *12003: Omsorgstjenester - brukere, etter region, statistikkvariabel, år og tjenestegrupper*. Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå. (2025, 06 16). *12362: Utgifter til tjenesteområdene, kommunekonsern, etter art, år, region, statistikkvariabel og funksjon*. Hentet fra ssb.no: https://www.ssb.no/statbank/table/12362

Statistisk sentralbyrå. (2025). *Tabell 06971: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter tenestetype, bistandsbehov, statistikkvariabel og år*. Statistisk sentralbyrå.

Sundhedsstyrelsen. (2025). *Ældreloven*. Hentet fra https://www.sst.dk/aeldrepleje/aeldreloven

TeneliusHolm. (2019). *10 år med LOV - En historisk reform i behov av förnyelse*. Stockholm: Vårdföretagarna.

Tid, M., & Nerell, I. (2020). *Slutrapport från pilotprojektet "Nyckelfri hemtjänst"*. AVdeling äldreomsorg.

Trondheim kommune. (2025, August 19). *Bemanning på sykehjem og i hjemmetjenesten*. (T. B. Svee, Produsent) Hentet Februar 2026 fra tkweb for Trondheim kommune: https://tkweb.trondheim.kommune.no/statistikk/kval_eldre_bemanning_hjelpere.php

Upphandlingsmyndigheten. (2024). *Annonserade valfrihetssystem i Sverige 2024*. Hentet 10 18, 2025 fra https://www.upphandlingsmyndigheten.se/statistik/upphandlingsstatistik/annonserade-valfrihetssystem-2024/

Upphandlingsmyndigheten. (u.d.). *Lagen om valfrihetssystem (LOV)*. Hentet 10 24, 2025 fra https://www.upphandlingsmyndigheten.se/lagen-om-valfrihetssystem-lov/

Uppsala kommun. (2025). *Modell för hemtjänst och hemsjukvård*. Hentet fra https://www.uppsala.se/contentassets/fb73cd05025441f291db6e38a241144f/5-aln-modell-hemtjanst-och-hemsjukvard.pdf

Vamstad, J. (2016). *Exit, voice and indifference - older people as consumers of Swedish home care services*. Cambridge: Ageing and Society.

Vårdföretagarna. (2019). *10 år med LOV*. Stockholm: TeneliusHolm AB.

Vårdföretagarna. (u.d.). *Privat vårdfakta*. Hentet fra www.vardforetagarna.se: https://www.vardforetagarna.se/privat-vardfakta/kapitel/#medarbetarnas-nojdhet

Yang, O., Yong, J., & Scott, A. (2022). Nursing Home Competition, Prices, and Quality: A Scoping Review and Policy Lessons. *The gerontologist*, e384-e401.

Ældre Sagen. (2026). *Hjemmehjælp og helhedspleje*. Hentet fra https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/aeldreloven

Ældretilsynet. (2026, Februar 27). *Om Ældretilsynet*. Hentet fra Ældretilsynet: https://aeldretilsyn.dk/om-aeldretilsynet/

Vedlegg A Oversikt over organisasjonsnumre som inngår i datauttrekket fra KPR

Kommune	Enhet	Organisasjonsnummer	Navn	Kategori
Oslo	Hovedenhet	989951750	2CARE HJEMMETJENESTER AS	Privat
Oslo	Hovedenhet	935111587	ECURA HJEMMETJENESTER AS	Privat
Oslo	Hovedenhet	988440914	NORLANDIA HJEMMEOMSORG AS	Privat
Oslo	Underenhet	935317568	2CARE HJEMMETJENESTER AS GABELS GATE	Privat
Oslo	Underenhet	929045181	AMBULERENDE HELSETEAM	Kommunal
Oslo	Underenhet	998186129	BYDEL ULLERN DEMENSTEAM	Kommunal
Oslo	Underenhet	979590741	HJEMMETJENESTEN TEAM 1	Kommunal
Oslo	Underenhet	998406757	HJEMMETJENESTEN TEAM 2	Kommunal
Oslo	Underenhet	998451795	HJEMMETJENESTEN TEAM 4	Kommunal
Oslo	Underenhet	998451868	HJEMMETJENESTEN TEAM ALVORLIG SYKE	Kommunal
Oslo	Underenhet	991711260	RUS OG PSYKISK HELSE HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Oslo	Underenhet	991711260	RUS OG PSYKISK HELSE HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Oslo	Underenhet	913997352	ALNA HJEMMETJENESTE	Kommunal
Oslo	Underenhet	921011296	BYDEL FROGNER PSYKISK HELSEARBEIDER	Kommunal
Oslo	Underenhet	998451744	HJEMMETJENESTEN TEAM 3	Kommunal
Oslo	Underenhet	998451892	HJEMMETJENESTEN TEAM 5	Kommunal
Oslo	Underenhet	982092655	OSLO KOMMUNE BYDEL 1 GAMLE OSLO PRAKTISK BISTAND-HJEMMEHJELP	Kommunal
Oslo	Underenhet	979592671	HJEMMETJENESTEN NORDRE AKER	Kommunal
Oslo	Underenhet	989681753	2CARE HJEMMETJENESTER AS HJEMMETJENESTER ØST	Privat
Oslo	Underenhet	979591306	BYDEL STOVNER HJEMMETJENESTE	Kommunal
Oslo	Underenhet	979591888	GRORUD HJEMMETJENESTE HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Oslo	Underenhet	979593015	HELSE, MESTRING OG REHABILITERING	Kommunal
Oslo	Underenhet	979593244	BYDEL ULLERN HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Oslo	Underenhet	979588674	HJEMMETJENSTEN	Kommunal
Oslo	Underenhet	988255211	OSLO KOMMUNE BYDEL 1 GAMLE OSLO HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Oslo	Underenhet	988290092	NORLANDIA HJEMMEOMSORG AS HJEMMESYKEPLEIE	Privat
Oslo	Underenhet	979588259	TVERRFAGLIG HJEMMETJENESTE ST.HANSHAUGEN	Kommunal
Oslo	Underenhet	979592094	BJERKE HJEMMETJENESTE	Kommunal
Oslo	Underenhet	991327371	ECURA HJEMMETJENESTER AS AVD HJEMMETJENESTER OSLO	Privat
Oslo	Underenhet	926545558	HJEMMETJENESTEN VINDERN	Kommunal
Oslo	Underenhet	979588526	SAGENE HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Oslo	Underenhet	979589565	ENHET HJEMMETJENESTER	Kommunal
Oslo	Underenhet	979588054	FROGNER HJEMMETJENESTE	Kommunal
Oslo	Underenhet	979589271	HELSE OG MESTRING	Kommunal
Bærum	Underenhet	995916924	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER BEKKESTUA DISTRIKT	Kommunal

Bærum	Underenhet	973599550	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER RYKKIN DISTRIKT AVD SKUI/KOLSÅS	Kommunal
Bærum	Underenhet	995916754	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER ØSTERÅS DISTRIKT AVD EIKSMARKA	Kommunal
Bærum	Underenhet	874554022	BÆRUM KOMMUNE LOMMEDALEN OG BV SENIORSENTER	Kommunal
Bærum	Underenhet	974552515	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJEN RYKKIN DISTRIKT AVD BERGER	Kommunal
Bærum	Underenhet	973599542	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER BEKKESTUA DISTRIKT AVD STABEKK	Kommunal
Bærum	Underenhet	985267138	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER BEKKESTUA DISTRIKT BEKKESTUA OMSORGSBOLIG	Kommunal
Bærum	Underenhet	974552558	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER SANDVIKA DISTRIKT AVD TANUM	Kommunal
Bærum	Underenhet	973599488	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER ØSTERÅS DISTRIKT AVD HOSLE	Kommunal
Bærum	Underenhet	976664728	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJEN HØVIK DISTRIKT AVD BLOMMENHOLM	Kommunal
Bærum	Underenhet	995918196	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJEN SANDVIKA DISTRIKT AVD SANDVIKA	Kommunal
Bærum	Underenhet	995917025	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER BEKKESTUA DISTRIKT AVD LYSAKER	Kommunal
Bærum	Underenhet	884925762	BÆRUM KOMMUNE PSYKISK HELSE ØST	Kommunal
Bærum	Underenhet	974552809	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASE TJENESTER ØSTERÅS DISTRIKT AVD ØVREVOLL	Kommunal
Bærum	Underenhet	995917971	BÆRUM KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER NATTJ OG PRAKT BISTAND	Kommunal
Bærum	Underenhet	920865305	BOHJEMME AS AVD BILLINGSTAD	Privat
Trondheim	Underenhet	992447656	LADE HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	917094888	TRONDHEIM KOMMUNE ENHET FOR RUSTJENESTER JARLEVEIEN	Kommunal
Trondheim	Underenhet	993549223	BYNESET OG NYPANTUNET HELSE- OG VELFERDSSENTER HJEMMETJENESTE OG OMSORGSBOLIG	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987969962	NIDARVOLL HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987969822	BERGHEIM HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987970472	HEIMDAL HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987969601	STRINDHEIM HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987969636	VALENTINLYST HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	992187328	STRINDA HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987969261	NIDELVEN HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987970308	BYÅSEN HJEMMETJENESTE	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987970367	BYÅSEN HJEMMETJENESTE AVD MUNKVOLL	Kommunal
Trondheim	Underenhet	993387843	KLÆBU HELSE- OG VELFERDSSENTER, HJEMMETJENESTEN	Kommunal
Trondheim	Underenhet	987970375	SAUPSTAD HJEMMETJENESTE	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988128023	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD TINNHEIA	Kommunal

Kristiansand	Underenhet	988128090	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD LUND	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	973831062	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD KJERRHEIA	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988128120	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD KUHOLMEN	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988128007	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD KONGENS	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	914081203	KRISTIANSAND KOMMUNE AVD HJEMMETJENESTER NATT	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988127981	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD POSEBYEN	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988158011	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD KONGSGÅRD	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	886574002	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD SØGNE VEST	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988127973	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD YTRE VÅGSBYGD	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988127957	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD MIDTRE VÅGSBYGD	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988195626	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD SØGNE ØST	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	916103417	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD HÅNES OG TVEIT	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	888158022	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD SØM OG RANDESUND	Kommunal
Kristiansand	Underenhet	988128058	KRISTIANSAND KOMMUNE HJEMMETJENESTER AVD GRIM OG STRAI	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	992304499	LILLESTRØM KOMMUNE PSYKISKE HELSETJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	976822609	SØRUM - HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	989161172	SKEDSMOKORSET - HJEMMEBASERTE TJENESTER HJ.SYK.PL.	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	989161261	LILLESTRØM HJEMMEBASERTE TJENESTER HJ.SYK.PL.	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	933623076	LILLESTRØM KOMMUNE AMBULERENDE TJENESTER STRØMMEN	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	976637372	FET - HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Lillestøm	Underenhet	991047751	LILLESTRØM - HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Stavanger	Underenhet	973863770	HILLEVÅG OG HINNA HELSE- OG VELFERDSKONTOR	Kommunal
Stavanger	Underenhet	988854301	MADLA HELSE- OG VELFERDSKONTOR	Kommunal
Stavanger	Underenhet	973864319	HILLEVÅG OG HINNA HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Stavanger	Underenhet	873863722	EIGANES OG TASTA HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Stavanger	Underenhet	973864335	HUNDVÅG OG STORHAUG HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Stavanger	Underenhet	973864327	MADLA OG TJENSVOLL HJEMMEBASERTE TJENESTER	Kommunal
Stavanger	Underenhet	873864222	STAVANGER KOMMUNE HELSE OG VELFERDSKONTOR NORD	Kommunal
Stavanger	Underenhet	974612534	STAVANGER KOMMUNE HELSE OG VELFERDSKONTOR SØR	Kommunal

Bergen	Hovedenhet	919025875	BOHJEMME AS *Utfører per 2026 ikke hjemme-sykepleietjenester i Bergen*	Privat
Bergen	Underenhet	920224210	BERGEN KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER HELSETEAM BERGENHUS	Kommunal
Bergen	Underenhet	920224482	BERGEN KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER OMSORGSTEAM SANDVIKEN	Kommunal
Bergen	Underenhet	928036081	BERGEN KOMMUNE HJEMMEBASERTE TJENESTER OMSORGSTEMA SENTRUM	Kommunal
Bergen	Underenhet	920142796	HJEMMESYKEPLEIE DANMARKSPLASS	Kommunal
Bergen	Underenhet	920142427	HJEMMESYKEPLEIEN MINDE	Kommunal
Bergen	Underenhet	920225284	ÅSANE ARBEIDSLAG HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Bergen	Underenhet	920138829	ÅSANE SENTRUM HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Bergen	Underenhet	920138543	ÅSANE SØR HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Bergen	Underenhet	920138373	ÅSANE VEST HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Bergen	Underenhet	920138004	ÅSANE ØST HJEMMESYKEPLEIE	Kommunal
Bergen	Underenhet	976830164	HJEMMEBASERTE TJENESTER I FYLLINGSDALEN OG PÅ LAKSEVÅG	Kommunal
Bergen	Underenhet	933135543	TJENESTER FOR HJEMMEBOENDE I ETTU SONE FANA/YTREBYGDA	Kommunal
Bergen	Underenhet	982695023	HJEMMEBASERTE TJENESTER I FANA OG YTREBYGDA	Kommunal
Bergen	Underenhet	976830210	HJEMMEBASERTE TJENESTER I ÅRSTAD	Kommunal
Bergen	Underenhet	876830582	HJEMMEBASERTE TJENESTER I BERGENHUS	Kommunal
Bergen	Underenhet	933135446	TJENESTER FOR HJEMMEBOENDE I ETTU SONE ARNA/ÅSANE	Kommunal
Bergen	Underenhet	976829824	HJEMMEBASERTE TJENESTER I ARNA OG ÅSANE	Kommunal
Bergen	Underenhet	933135721	TJENESTER FOR HJEMMEBOENDE I ETTU SONE BERGENHUS/ÅRSTAD	Kommunal
Bergen	Underenhet	919139161	BOHJEMME AS AVD BERGEN *Utfører per 2026 ikke hjemme-sykepleietjenester i Bergen*	Privat
Drammen	Underenhet	974561921	HJEMMESYKEPLEIEN SØR TEAM 13	Kommunal
Drammen	Underenhet	974561212	HJEMMETJENESTER NORD	Kommunal
Drammen	Underenhet	974561239	HJEMMETJENESTER SØR	Kommunal
Drammen	Underenhet	919639040	HJEMMETJENESTER SENTRUM	Kommunal

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo